



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICO FAMILIAR:
**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PRACTICAS DE RIESGO EN ENFERMEDADES DE
TRANSMISIÓN SEXUAL VIH/SIDA Y SU RELACIÓN CON DETERMINANTES FAMILIARES EN
ADOLESCENTES DE 10 A 19 AÑOS DE EDAD USUARIOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL
SEGURO SOCIAL, SAN LUIS POTOSÍ, SAN LUIS POTOSÍ**

PRESENTA:

Yuriko Suhey De León Haw

Médico residente del tercer año de la especialidad en medicina familiar, con sede en la UMF No. 47

Danahé Pérez Enríquez

Médico residente del tercer año de la especialidad en medicina familiar, con sede en la UMF No. 47

ASESOR METODOLÓGICO
Dra. Dora María Becerra López

Médico Familiar

Diplomado I de Docencia

Maestrante en Ciencias de la Educación

Profesora Titular de la Residencia en Medicina Familiar

CO – ASESORES:

ASESOR CLÍNICO

Dr. Martín Magaña Aquino

Médico Infectólogo

Adscrito al Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1
San Luis Potosí, S.L.P.

ASESOR ESTADÍSTICO
Dr. Héctor Gerardo Hernández Rodríguez

Maestría en Salud Pública

Facultad de Medicina UASLP

San Luis Potosí, S.L.P.

FEBRERO 2021





AUTORIZACIONES

DRA. MA. DEL PILAR FONSECA LEAL.

Jefa de Investigación y Postgrado clínico de la Facultad de Medicina U.A.S.L.P.

DRA. GABRIELA VIRGINIA ESCUDERO LOURDES.

Coordinador Auxiliar de Educación en Salud, I.M.S.S.

DR. CARLOS VICENTE RODRÍGUEZ PÉREZ.

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud, Unidad de Medicina Familiar No. 47,
I.M.S.S.

DRA. DORA MARÍA BECERRA LÓPEZ

Profesor Titular de la Residencia de Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar No. 47,
I.M.S.S.

DR. FLORIBERTO GOMEZ GARDUÑO

Profesor Adjunto de la Residencia de Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar No. 47,
I.M.S.S.

FEBRERO 2021

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

TITULO DE TESIS:
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PRACTICAS DE RIESGO EN ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL VIH/SIDA Y SU RELACIÓN CON DETERMINANTES FAMILIARES EN ADOLESCENTES DE 10 A 19 AÑOS DE EDAD USUARIOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, SAN LUIS POTOSÍ, SAN LUIS POTOSÍ

No. De Registro: R-2020-2402-068

PRESENTA:
YURIKO SUHEY DE LEÓN HAW
DANAHE PEREZ ENRIQUEZ

ASESORES	FIRMAS
<p>DIRECTOR</p> <p>Dra. Dora María Becerra López</p> <p>Maestrante en Ciencias de la Educación Profesora Titular de la Residencia en Medicina Familiar</p>	
<p>CO-DIRECTORES</p> <p>Dr. Martín Magaña Aquino</p> <p>Médico Infectólogo Adscrito al Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1 San Luis Potosí, S.L.P.</p>	
<p>Dr. Héctor Gerardo Hernández Rodríguez</p> <p>Asesor Estadístico Maestría en Salud Pública Facultad de Medicina UASLP San Luis Potosí, S.L.P.</p>	

SINODALES	FIRMAS
DR. CARLOS VICENTE RODRÍGUEZ PÉREZ PRESIDENTE	
DRA. GABRIELA VIRGINIA ESCUDERO LOURDES SECRETARIO	
DRA. LORREINE TERRAZAS RODRÍGUEZ VOCAL	

DRA. MA. DEL PILAR FONSECA LEAL. Jefa de Investigación y Postgrado clínico de la Facultad de Medicina U.A.S.L.P.	DRA. DORA MARÍA BECERRA LÓPEZ Coordinadora de la Especialidad en Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar No. 47, I.M.S.S.
---	--

DEDICATORIA:

Quiero dedicar esta tesis primeramente a Dios por haberme permitido llegar hasta aquí hoy, por darme fuerza y salud para llevar a cabo mis metas y objetivos. Quiero darle las gracias por su amor infinito

También va dedicada a mi familia, a mis padres, hoy no solo quiero agradecerles por darme la vida, sino también por estar junto a mi en cada paso, por guiarme y ayudarme a convertirme en la persona que soy ahora, por su arduo trabajo.

Espero de ahora en adelante poder retribuir no solo su amor sino todo lo que han dado por mi, quiero ser un respaldo para ustedes y hacerlos sentir orgullosos a cada paso que dé.

AGRADECIMIENTOS.

Dios, tu amor y tu bondad no tienen fin, me permites sonreír ante todos mis logros que son resultado de tu ayuda, y cuando caigo y me pones a prueba, aprendo de mis errores y me doy cuenta de los pones en frente mío para que mejore como ser humano, y crezca de diversas maneras.

Este trabajo de tesis ha sido una gran bendición en todo sentido y te lo agradezco Padre, y no cesan mis ganas de decir que es gracias a ti que esta meta está cumplida.

Gracias a la vida por este nuevo triunfo, gracias a todas las personas que me apoyaron y creyeron en la realización de esta tesis, a mi familia, amigos, maestros que estuvieron en todo momento durante el transcurso de este viaje, doy gracias a Dios por tu vida Dana, porque te permitió seguir con nosotros y concluir esta etapa de nuestras, gracias por el empeño dedicado y el esfuerzo enorme que hiciste por que ésta se llevara a cabo.



RESUMEN

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PRACTICAS DE RIESGO EN ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL VIH/SIDA Y SU RELACIÓN CON DETERMINANTES FAMILIARES EN ADOLESCENTES DE 10 A 19 AÑOS DE EDAD USUARIOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, SAN LUIS POTOSÍ, SAN LUIS POTOSÍ

De León Haw YS.* Pérez Enríquez D*,Becerra López DM**,Hernández Rodríguez HG.***,Magaña Aquino M****.

Médico Residente de Medicina Familiar, ** Profesor Titular de la Residencia de Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar No. 47, I.M.S.S, Maestrante en ciencias de la educación *** Médico General adscrito al servicio de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la UASLP. Maestría en Salud Pública., **** Médico Infectólogo

Adscrito al Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1

INTRODUCCIÓN:

La infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana está caracterizada por la alteración del sistema inmune; y en ausencia de diagnóstico y tratamiento oportuno conduce al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), este es identificado por una disminución de la cuenta de linfocitos CD4, con valores por debajo de 200 células/ml que deriva en la aparición de enfermedades infecciosas oportunistas como por ejemplo: Histoplasmosis, Neumonía por Pneumocystis jiroveci, Criptococosis, Candidiasis Oral, Tuberculosis Pulmonar, Toxoplasmosis Cerebral, entre otras.

La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Es una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y cambios.

OBJETIVOS:

Determinar nivel de conocimiento sobre prácticas de riesgo en enfermedades de transmisión sexual VIH/SIDA y su relación con determinantes familiares en adolescentes de 10 a 19 años de edad del Instituto Mexicano del Seguro Social, San Luis Potosí, San Luis Potosí.

MATERIAL Y MÉTODOS

Observacional, Descriptivo de tipo Asociación Cruzada, Transversal. Prospectivo. En donde se estudiarán a 84 adolescentes derechohabientes en donde de forma confidencial se les aplicará el instrumento validado cuestionario para evaluar el nivel de conocimiento en adolescentes de 10 a 19 años sobre prácticas de riesgo en enfermedad de transmisión sexual: VIH/SIDA, además de realizarse una encuesta para conocer su tipología familiar, aplicación de



instrumentos como FACES III y GRAFFAR, posterior a esto se obtendrán los resultados, se creará una Base de datos en EXCEL, para sacar las estadísticas, y la relación entre los determinantes familiares y nivel de conocimiento.

RECURSOS E INFRAESTRUCTURA:

Área física del HGZ/MG N°1 del IMSS, Recursos Humanos: médicos residentes asesores, adolescentes derechohabientes. Materiales: diverso material de oficina, cuestionarios y equipo de cómputo.

EXPERIENCIA DE GRUPO: Los asesores cuentan con la experiencia necesaria para la realización y publicación de estudios de investigación. No existe conflicto de intereses entre los investigadores.

TIEMPO DE REALIZACIÓN DEL PROYECTO: Se establece un periodo de 2 meses

RESULTADOS: Finalmente, debido a que el modelo de regresión demuestra la asociación entre el nivel de conocimientos y los determinantes familiares, se ha cumplido con el objetivo de la presente investigación, demostrándose su hipótesis real. Además, se debe señalar que el coeficiente de determinación del modelo sugiere que es posible mejorar su precisión si se encuentran otros determinantes familiares correlacionados con el nivel de conocimientos de los adolescentes.

DISCUSIÓN: En estudios realizados con anterioridad en adolescentes sobre el conocimiento de VIH encontramos estas diferencias, según el estrato socioeconómico 20.8% fueron del estrato alto, mientras en nuestro estudio la mayor prevalencia se encuentra en el estrato medio alto. Según ocupación 38.6% estudiaban, mientras en nuestra era un 82.1%, 28.9% trabajaban comparándolo contra un 14.3% de nuestra población, 12.4% no trabajaban ni estudiaban nosotros encontramos un 3.6%. Según el nivel de instrucción, 47.7% estaban en preparatoria versus un 25% encontrado en nuestra muestra, 39.9% en secundaria y escuelas técnicas obteniendo un 20.2%, 11.2% en primaria mientras que nosotros no contamos con ninguno, 11.2% en universidad contra un 54.8% de nuestra población.⁸

CONCLUSIONES: Podemos concluir que debido a que el modelo de regresión demuestra que existe una relación entre asociación entre el nivel de conocimientos y los determinantes familiares, cumpliendo así con el objetivo de la presente investigación, y demostrando que la hipótesis demostrando que nuestra hipótesis de planteada en esta investigación es verdadera.

INDICE

1. Marco Teórico:	4
1.1. Introducción	
1.2. Antecedentes	
1.3. Marco conceptual	
2. Justificación	22
3. Planteamiento del problema	23
4. Objetivo:	24
4.1 Objetivo general.	
4.2 Objetivos específicos.	
5. Hipótesis de trabajo	25
6. Material y métodos	26
6.1 Tipo de estudio	
6.2 Población, lugar y tiempo de estudio	
6.3 Tipo de muestra y tamaño de muestra	
6.4 Criterios de selección:	
- Inclusión,	
- Exclusión	
- Eliminación	
6.5 Variables a recolectar	
6.6 Método o procedimiento para captar la información	
7. Aspectos éticos	32
8. Recursos, financiamiento y factibilidad	33
9. Resultados	34
9.1 Análisis de resultados	
10. Análisis estadístico (Descripción de los resultados)	52
11. Discusión	54
12. Conclusiones	57
13. Sugerencias	58
15. Referencias bibliográficas	59
15. Anexos.	62
15.1 Cronograma	
15.2 Consentimiento informado	
15.3 Instrumentos de recolección de datos, etc.	



1. MARCO TEORICO

1.1 Introducción

El término adolescencia procede del latín *adolescere* que representa progresar hacia la adultez. Es la época entre la niñez y la edad adulta, que progresivamente se encabeza por los cambios puberales y que se determina por las amplias transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas productoras de crisis, conflictos y contradicciones, que en la mayor parte de las veces son substancialmente positivos. No es considerada únicamente una etapa de ajuste a los cambios físicos, sino una época de grandes apreciaciones hacia una destacada libertad psicológica y social. ¹

Es complejo instituir límites cíclicos para esta faceta; de acuerdo a los conceptos convencionalmente aceptados por la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es la etapa que ocurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos periodos: la adolescencia temprana (10 a 14 años) y la adolescencia tardía (15 a 19 años). Esta es una de las épocas de transición más significativas en la vida del ser humano, representada por un ritmo rápido de desarrollo y evolución.²

Esta etapa es un tiempo de introducción para la madurez durante el cual se forman varias experiencias de desarrollo de mucha importancia. Más allá de la maduración física y sexual, dentro de esas experiencias se están la transición hacia la libertad social y económica, el desarrollo de la identidad, la ganancia de las aptitudes necesarias para crear relaciones en la etapa adulta, así como tomar funciones adultas y perfeccionar la capacidad de razonamiento abstracto. Si bien la adolescencia es sinónimo de crecimiento excepcional y gran potencial, integra una etapa de riesgos, durante la cual el contexto social puede tener una influencia determinante.²

En muchas ocasiones los adolescentes se ven sujetos a presiones para usar alcohol, tabaco u otras drogas y para iniciar a tener relaciones sexuales, todo esto a edades cada vez más anticipadas, lo que condiciona para ellos un prominente riesgo de lesiones, tanto intencionadas como accidentales, embarazos no deseados

e infecciones de transmisión sexual (ITS), entre ellas el virus de la inmunodeficiencia humana.

Las conductas de riesgo en este grupo etario, pueden llevar a resultados perjudiciales y multifactoriales.^{3,5} En este proceso sobresalen la "sensación de invulnerabilidad", la necesidad de aceptación e influencia y presión del grupo social al que pertenecen, la contracción en el subsistema paterno filial y necesidad independencias e identidad.^{6,7}

La infección por VIH está caracterizada por alteraciones inmunológicas; la cual puede producir el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), este es identificado por una disminución de la cuenta de linfocitos CD4, con valores por debajo de 200 células/ml que deriva en la aparición de enfermedades infecciosas oportunistas.⁵

1.2 Antecedentes

Caballero (2003) en su estudio acerca de los Conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes urbanos de estratos económicos diferentes, mediante un cuestionario de 24 preguntas, donde el objetivo fue detallar los conocimientos acerca de VIH/SIDA. Concluyo que el 50% fueron hombres y el 50% mujeres. Según el estrato socioeconómico 20.8% de estrato alto, 26.4% medio, 26.4% del bajo y 26.4% marginado. Según ocupación 38.6% estudiaban, 28.9% trabajaban, 20.1% trabajaban y estudiaban, 12.4% no trabajaban ni estudiaban (diferencias de estratos: $p < 0.001$). En el nivel de instrucción, 47.7% nivel medio superior, 39.9% secundaria y escuelas técnicas, 11.2% primaria, 11.2% universidad y 1.2% no tenían instrucción.⁸

Díaz Montes (2011) Colombia, en su estudio "Conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes de una universidad", valoró las características sociodemográficas. la edad promedio fue 18,4 años, el 50,7% eran mujeres y 49,3% hombres. El 70% de los estudiados tenían "conocimientos regulares", "conocimientos incompletos" el

19,8% y solo el 11,4% “buen nivel de conocimientos”. Concluyendo que los jóvenes presentaban un nivel regular de conocimientos sobre VIH/SIDA.⁵

Del Campo y colaboradores (2012), Cuba, realizó un estudio acerca del “Conocimiento del VIH/SIDA en adolescentes de distintos niveles de educación”, a fin de comparar el nivel de conocimientos que conservaban sobre el VIH/SIDA, concluyo que no existieron diferencias indicadoras en los conocimientos sobre el tema en relación con el tipo y nivel de enseñanza de donde procedían.⁹

Mazo-Vélez (2013) en Medellín, Colombia, realizó un estudio titulado “Conocimientos, actitudes y prácticas en adolescentes universitarios entre 15 y 20 años sobre VIH/SIDA”, compararon los conocimientos, actitudes y prácticas Descubriendo que los conocimientos fueron regulares en el 14%, las actitudes en el 8% y las prácticas en el 41%; los puntajes de Actitudes y Prácticas exhibieron una correlación estadísticamente significativa con la edad y el semestre del estudiante.³

Cabrera (2015), en su estudio “Conducta sexual y nivel de conocimiento sobre infección de transmisión sexual en adolescentes”, dio a saber la conducta sexual y el nivel de conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual (ITS) a través de una encuesta tipo pregunta, donde el 26,2% ya había tenido relaciones sexuales, de los cuales, el 24% lo hizo a los 15 años, Utilizando preservativo (79%). El 74% aseveró mantener relaciones sexuales con una persona estable, el 86% dijo no haberlo experimentado con más de tres parejas sexuales, el 98% mencionó haber tenido relaciones con personas del mismo sexo y el 69% empleó métodos de protección, concluyendo que el inicio de las relaciones sexuales en la adolescencia es temprano.⁴

Alba y colaboradores (2012), divulgaron un estudio de revisión en la ciudad de Bogotá, Colombia, “Familia y Práctica Médica” en el cual se instauró que existe argumento suficiente acerca de la influencia familiar en el proceso salud y padecimiento de los individuos y que diversas tipologías familiares, como los

patrones culturales, tipo de unión, figura de mando, composición y el ciclo vital familiar establecen factores biológicos, psicológicos y sociales que afligen no solo el estado de salud de las personas, sino la respuesta a las intrusiones preventivas y terapéuticas que se establecen desde los servicios de salud.¹⁴

1.3. Marco Conceptual

Conocimiento.

Proceso en virtud del cual la realidad se refleja y reproduce en el pensamiento humano, es decir consiste en obtener la realidad objetiva, el hombre obtiene saber, se apropia de conceptos acerca de los fenómenos reales, va comprendiendo el mundo que lo rodea, el cual utiliza en la actividad práctica para convertir el mundo, para someter la naturaleza a las necesidades del ser humano, es un proceso complejo y contradictorio de captación cada vez más exacta de la esencia de los objetos. Atraviesa en su desarrollo por una sucesión de peldaños que se distinguen entre ellos en que proyectan el mundo objetivo, por las formas y métodos del conocer. La actividad cognoscitiva constituye la unidad sólida entre lo empírico y lo teórico. El conocimiento científico emplea métodos como la modelación, la elaboración de hipótesis y teoría.⁶⁻⁷

Adolescente.

La OMS define como el espacio de crecimiento y desarrollo humano que se origina posterior a la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años, épocas de desarrollo más significativas en la vida del ser humano, se define por un ritmo rápido de crecimiento y cambios.¹

Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

La infección por el VIH, enfermedad que incluye en su cuidado aspectos clínicos, económicos y sociales, es uno de los principales problemas de salud a nivel nacional y mundial, es el resultado de una desregulación de la dinámica de las células T, sobre todo, la dificultad de la transición desde células TCD4+ activadas a

células T de memoria en reposo y el cambio de la timopoyesis, la etapa asintomática de la enfermedad, comprende la inmunodepresión escalonada y la presentación del cuadro clínico, esta tiene buen pronóstico al iniciar el antirretroviral específico temprano y el paciente se apega a esta terapia, lo que tiene impacto sobre la morbilidad y la mortalidad con los riesgos similares a los otros padecimientos.⁸

Determinantes familiares

La familia motivo de estudio de otras ciencias como la sociología, antropología, psicología, educación, etc. En el campo que abarca la medicina, a pesar de las indiscutibles relaciones que existen entre el contexto familiar y el proceso de salud-enfermedad.¹⁰

La especialidad de medicina familiar, propone la práctica del cuidado primario, pues se considera la base principal de la atención del paciente, es así que el médico familiar intenta comprender la enfermedad desde el contexto biopsicosial.¹¹⁻¹²

La atención médica centrada en la familia se relaciona con el aumento atención médica, con altos índices de bienestar del control de la enfermedad y mejores modelos de cuidado para algunas enfermedades.¹³

En este estudio relacionaremos los determinantes familiares tales como función familiar, estrato socioeconómico, ciclo vital y tipología familiar con el nivel de conocimiento en adolescentes sobre prácticas de riesgo en enfermedades de transmisión sexual VIH/SIDA.

El cuadro familiar es el primer contorno social en el que se desentraña la vida de una persona, el primer órgano de guía, de aprendizaje y de socialización.¹⁵

En este entendimiento algunos autores que investigan sobre prácticas de riesgo en enfermedades de transmisión sexual VIH/SIDA en adolescentes han relacionado

que algunas determinantes familiares pueden afectar y/o promover el desarrollo de estas prácticas de riesgo.

Concepto de familia

El término “familia” nace del latín, derivada de “famulus” que alude a sirviente o esclavo. La palabra familia era similar a patrimonio y contenía no solo a los parientes sino también a los servidores de la casa del casero.¹⁶

La familia es un sistema ecológico, dinámico y versátil que actualmente obtiene nuevas formas de organización y funcionamiento diverso, en el que interactúan fuerzas positivas y negativas que establecen estructuras, funciones y dinámicas con sus consecuencias; puede contener tanto factores que son protectores (apoyo, normas, valores, derechos, unidad) o contener factores que son de riesgo (violencia, negligencia, falta de apoyo, entre otros) que promueven el desarrollo o forja dificultades en el entorno de la familia.¹⁷

La familia es un núcleo que se encuentra combinado por individuos unidos por parentesco o relaciones de afecto. Cada sociedad va a tener algún tipo de clasificación familiar, pero algo que es muy importante es que en la familia las personas que conforman ese conjunto deben tener vínculos de parentesco y afectuosas.¹⁵

La familia se considera un conjunto social, organizado a manera de un sistema abierto, caracterizado número variable de miembros, los cuales conviven en un mismo territorio, vinculados por los lazos consanguíneos, legales o por afinidad, su función es guiar y proteger, con estructura diversa y de ella depende el contexto en el que se presente. Es la unidad de análisis para dar seguimiento al proceso salud-enfermedad de los miembros en la familia.¹⁸



Clasificación de la familia (Tipología familiar)

El ser humano, ha pertenecido a lo largo de su historia diferentes grupos sociales, la familia ha sido el ambiente más importante en el que este ha progresado y ha experimentado evoluciones permitiendo adaptarse a los requerimientos que se presentan en cada sociedad y cada período distinto, lo cual hace pronosticar que la familia podrá seguir persistiendo, según Minuchin, ya que constituye la principal unidad humana para estas sociedades que son velozmente cambiantes y exigentes.¹⁸

Bachofen (1861), sustentaba que las sociedades antiguas vivieron en promiscuidad sexual y que el parentesco se establecía por línea materna. Como consecuencia de esto apareció la ginecocracia: “dominio femenino sobre las nuevas generaciones”.¹⁸

Lewis H. Morgan exaltó la importancia que existe de la sociedad sobre la forma y estructura de la familia, la cual se transforma y evoluciona dando como resultado el desarrollo de la técnica y la economía. Y marca que a partir de la promiscuidad inicial absoluta se crean otras formas diferentes de la familia: familia consanguínea, familia punalúa o por grupo, familia sindiásmica o patriarcal y familia monogámica.¹⁸

La historia sobre la tipología familiar ha ido progresando ya que ha estado influenciada por algunos factores sobre todo de tipo social por lo que ha ido cambiando con la finalidad de integrar a la mayoría de los grupos que coexisten en los tiempos actuales, por lo que a la fecha se crearon varias clasificaciones de tipología familiar; en este estudio se utilizó la clasificación de familias que surge en la primera Reunión de Consejo Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud la cual fue efectuada en el mes junio del año 2005 en la ciudad de México.



Ejes de la Tipología familiar

- Parentesco.
- Presencia física en el hogar o la convivencia en el mismo.
- Medios de subsistencia.
- Nivel económico.
- Nuevos tipos de convivencia individual-familiar originados por cambios familiares.

CLASIFICACIÓN DE LA FAMILIA

Con parentesco

Nuclear: Hombre y mujer sin hijos.

Nuclear simple: papá y mamá con uno a tres descendientes.

Nuclear numerosa: papá y mamá con cuatro hijos o más.

Reconstruida: padre y madre, en el que alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de una unión anterior.

Monoparental: padre o madre con hijos.

Monoparental extendida: padre o madre con hijos, más otras personas con o sin parentesco.

Monoparental extendida compuesta: padre o madre con hijos, as otras personas con o sin parentesco.

Extensa: padre y madre con hijos, más otras personas con parentesco.

Extensa compuesta: padre y madre con hijos, más otras personas con o sin parentesco.

No parental: familias con vínculos de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres (p ej. Tío y sobrinos, abuelos y nietos, primos o hermanos, etcétera)

Sin parentesco

Monoparental extendida sin parentesco: padre o madre con hijos, más otra persona sin parentesco.

Grupos similares a familias: personas sin vínculo de parentesco que realizan funciones o roles familiares.

Presencia física en el hogar

Núcleo integrado: presencia de ambos padres en el hogar.

Núcleo no integrado: no hay personas físicas de alguno de los padres.

Extenso ascendente: hijos casados o en unión libre que viven en la casa de alguno de los padres.

Extensa descendente: padres que viven en la casa de alguno de los hijos.

Extensa colateral: núcleo o pareja que vive en el hogar de familiares colaterales.

Tipo de convivencia:

Persona que vive sola: sin pariente alguno, independientemente de su estado civil o etapa del ciclo vital.

Matrimonio o parejas de homosexuales: parejas del mismo género con convivencia conyugal sin hijos.

Matrimonio o parejas de homosexuales con hijos adoptivos: parejas del mismo género con convivencia conyugal e hijos adoptivos.

Familia grupal: unión matrimonial de varios hombres con varias mujeres, que cohabitan indiscriminadamente y sin restricciones dentro del grupo.

Familia comunal: grupo de parejas monógamas con sus respectivos hijos, que residen comunitariamente, y comparten todo excepto las relaciones sexuales.

Ciclo vital de la familia.

La labor de la familia radica en originar y preparar nuevos conjuntos de seres humanos para ser autónomos, formar a las nuevas familias y repetir el proceso, conforme la antigua familia.

“Ciclo”, perteneciente al latín *cyclus* y del griego *Kyklos*, el cual significa círculo y comprende un periodo que acabado vuelve a contarse de nuevo. Al considerar esta definición, se debe mencionar que la familia abarca también un tiempo desde su formación hasta su disolución y nuevamente comienza el proceso, pero ahora con los hijos, al tener en cuenta que el ciclo del ser humano va a iniciar con el ciclo de

la pareja. La palabra “vital” proviene del latín vitalis, que representa de suma importancia o trascendencia.

Durante su desarrollo la familia transita por varias etapas de transformaciones predecibles en las que existen diferentes expectativas, necesidades e imprevistos que pueden afectar a la salud de sus componentes. El conocimiento de estos estados de transición familiar, así como del ciclo de desarrollo individual permite al médico familiar elaborar conjeturas acerca de los problemas que pueden surgir en sus pacientes y están en condiciones de prestar ayuda a las familias y así prever cada una de los escenarios y tomar medidas para ello. El ciclo vital familiar es un concepto ordenador para comprender la progresión secuencial de las familias y las dificultades transicionales que atraviesan en función de la adquisición de conocimiento y el desarrollo de sus miembros. Según Estrada Inda, el ciclo vital es un instrumento de utilidad para la organización y sistematización invaluable del pensamiento clínico.

Geyman clasifico al ciclo vital de la familia en 5 etapas que se representan de la siguiente manera. ¹⁸

Fase	Características
Matrimonio	Se inicia con el vínculo matrimonial, concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo.
Expansión	Es el momento en que con mayor velocidad se incorporan nuevos miembros a la familia como su nombre lo indica la familia se dilata se expande.
Dispersión	Generalmente corresponde a la edad de escolares e inicio de la adolescencia en los hijos.
Independencia	El primer hijo abandona el hogar por cualquier causa, sea estudio, matrimonio, trabajo o simplemente por independizarse y termina cuando el último de ellos abandona el hogar.
Retiro y muerte	Se inicia con la salida del último de los hijos del hogar familiar, o bien con la muerte o jubilación de alguno de los padres; esta etapa es la que se conoce como “nido vacío”



Estrato socioeconómico

El nivel socio económico no representa una característica física y fácilmente informal, sino que está basado en la unificación de distintos rasgos de los individuos o sus hogares, cuya definición se encuentra variando según el país de procedencia y los momentos históricos que se presenten. Diversos estudios han documentado, la relación que existe entre el nivel socioeconómico y el estado de la salud.¹⁹

Para lograr catalogar el estrato socioeconómico de las familias se puede obtener utilizando la Escala de Graffar-Mendez Castellanos la cual fue creada en Venezuela, alrededor de los años 80's en buscando simplificar los estratos socioeconómicos en el censo de población.²⁰

Esta evaluación está constituida por 4 variables: la profesión del jefe de familia, el nivel de instrucción de la madre, la principal fuente de ingreso en la familia, y las condiciones del alojamiento.²⁰

Variables	Puntos	Característica
1. Profesión del jefe de Familia	1	Profesión Universitaria, financista, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad, oficiales de las fuerzas armadas (si tienen un rango de educación superior)
	2	Profesión técnica superior, medianos comerciantes o productores.
	3	Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores.
	4	Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa)
	5	Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa)
2. Nivel de instrucción de la madre	1	Enseñanza universitaria o su equivalente
	2	Técnica superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media.
	3	Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior.

	4	Enseñanza primaria, o alfabeta (con algún grado de instrucción primaria)
	5	Analfabeta
3. Principal fuente de ingreso de la familia	1	Fortuna heredada o adquirida.
	2	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales.
	3	Sueldo mensual
	4	Salario semanal, por día, entrada a destajo
	5	Donaciones de origen público o privado
4. Condiciones de alojamiento	1	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo.
	2	Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios.
	3	Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2
	4	Viviendas o ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficientes en algunas condiciones sanitarias
	5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas

La interpretación del puntaje que se obtiene en la escala de Graffar es el siguiente: De 4 a 6 puntos: estrato alto, de 7 a 9 puntos: estrato medio alto, de 10 a 12 puntos: estrato medio bajo, de 13 a 16 puntos estrato obrero y de 17 a 20 puntos: estrato marginal.²⁰

Evaluación de la función familiar

La función familiar se define a través de las tareas que ejecutan los integrantes de la familia, permitiendo la interacción con otros sistemas sociales; considerando que es funcional cuando cumple con la interacción de los integrantes y la sociedad, para el cumplimiento de estas funciones.²¹

También se define como la capacidad que tienen las familias para desplazarse dentro del modelo circunflejo, como consecuencia del estrés normativo y no normativo.²²

La naturaleza compleja del sistema familiar hace por poco imposible la definición de “normal” o “anormal” al funcionamiento que presenta una familia, por lo tanto, se propuso que se hable mejor de una dinámica familiar “funcional o disfuncional”.²³

CRITERIOS DE SATIR PARA LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR

1. **Comunicación:** en una familia funcional la comunicación entre sus participantes es clara, directa, específica y congruente, características que son opuestas en una disfuncional.
2. **Individualidad:** la autonomía de los individuos de la familia funcional es respetada y las diferencias individuales no solo se sobrellevan, si no que se incitan para beneficiar el crecimiento de los individuos y del grupo familiar.
3. **Toma de decisiones:** la exploración de soluciones más apropiada para cada problema es mucho más significativo que la lucha por el poder. En las familias disfuncionales es más importante quién va a salirse con la suya y

consiguientemente, los problemas tienden a persistir porque nadie quiere perder.

4. **Reacción a los eventos críticos:** una familia considerada funcional es lo competentemente flexible como para adecuarse cuando las demandas internas o ambientales así lo exigen, de manera que se puede conservar la homeostasis sin que ninguno de los miembros desarrolle síntomas. En cambio, en una familia disfuncional, la inflexibilidad y la obstinación al cambio van a favorecer la aparición de psicopatología cuando las crisis amenacen con romper el equilibrio.



Trastornos psicosociales en la disfunción familiar y los individuos de la familia

1. Utilizar frecuentemente los servicios de salud.
2. Denotar incoherencia entre el sufrimiento de su padecimiento y la naturaleza de sus síntomas.
3. En el caso de los pacientes adultos, hacerse acompañar infundadamente por un familiar.
4. Difícilmente encontrarle sentido a su problema actual.
5. Consultar por síntomas inespecíficos, conflictos emocionales o de relación, o por manifestaciones somatoformes o por trastornos de ansiedad.¹⁸

Para poder evaluar la funcionalidad familiar se utilizará el instrumento de evaluación de adaptabilidad y cohesión familiar III (FACES III).

Escalas de evaluación de adaptabilidad y cohesión familiar III (FACES III)

David H. Olson (1985) construyó el instrumento FACES III basado conceptualmente en el modelo de sistemas conyugales y familiares, perfeccionado para facilitar el enlace entre la práctica clínica, la teoría y la exploración con familias, este incluye tres dimensiones de la funcionalidad familiar: adaptabilidad, cohesión y comunicación, esta es una herramienta de auto aplicación que consiste en 20 reactivos (10 de adaptabilidad y 10 de cohesión) de fácil aplicación e interpretación con un alto nivel de confiabilidad, esta tiene cinco opciones: nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre y siempre.¹⁸

La suma de los puntajes obtenidos en los ítems nones, es igual a la calificación en cohesión. Mientras que para la adaptabilidad lo es la suma de los ítems pares.¹⁸

La calificación de cohesión se clasifica de la siguiente manera:

No relacionada: 10 a 34 puntos

Semirelacionada: 35 a 40 puntos

Relacionada: 41 a 45

Aglutinada: 46 a 50

La calificación de adaptabilidad se clasifica de la siguiente manera:

Rígida: 10 a 19

Estructurada 20 a 24

Flexible: 25 a 28

Caótica: 29 a 50.¹⁹



INSTRUMENTO PARA EVALUAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO EN ADOLESCENTES DE 10 A 19 AÑOS SOBRE PRÁCTICAS DE RIESGO EN ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL: VIH/SIDA.

Pérez Luna y colaboradores realizaron diseño y validación de un instrumento de 30 preguntas, con el fin de evaluar el nivel de conocimientos en adolescentes de 10 a 19 años sobre prácticas de riesgo en enfermedad de transmisión sexual: VIH/SIDA. Las cuales fueron calificadas por cada uno de los expertos teniendo un promedio de 8.7. Se consensó que a partir de 8 era aceptable. El constructo tuvo confiabilidad aceptable (0.77) por medio del Alfa de Cronbach. (Anexo 3).⁽³²⁾

2. JUSTIFICACIÓN:

El VIH siempre ha sido un problema de Salud Pública Mundial, ya que el riesgo de infección está estrechamente relacionado con la edad de inicio de las relaciones sexuales. En el año 2009 los jóvenes de entre 15 y 24 años representaron un 40% del total de nuevos casos de infección por el VIH, siendo cada vez más los niños infectados al nacer que al convertirse en adolescentes tienen que luchar con la enfermedad en su condición de VIH-positivos.²⁴ En el 2014, 1.2 millones de personas fallecieron a nivel mundial, y en el 2016 murieron más de 1,1 millones de adolescentes de entre 10 y 19 años.²⁵

Proteger la salud y el bienestar de los adolescentes y jóvenes es una prioridad para la Organización Panamericana de Salud y para la Organización Mundial de Salud.²⁴ Combatir el VIH representa un importante esfuerzo para las actividades de la OMS relacionadas con los jóvenes.²⁶

De acuerdo al Programa Nacional de Juventud (Projuventud) 2014-2018, que trata sobre la salud sexual y reproductiva y de la información relacionada con las ITS, nueve de cada diez jóvenes mexicanos mencionaron conocer alguno de los métodos de prevención.²⁷ A nivel nacional (1983-2018) hubo 313 hombres y 219 mujeres siendo un total de 532 casos, y de 15 a 19 años: 2744 hombres y 1185 mujeres con un total de 3929 casos registrados. Se contó además en la categoría de transmisión sexual a nivel nacional (1983-2018) en el grupo de edad de 10-14 años: con 85 casos acumulados; de 15-19 años: 3113 casos acumulados y 86 casos nuevos en 2018.²⁷

En San Luis Potosí se encontraron casos notificados: 2144 en hombres y 468 en mujeres con un total de 2,612 casos. (1983-2018), en 2018 se notificaron 63 nuevos casos, de los cuales fueron 56 hombres y 7 mujeres.

Durante el periodo de enero - diciembre de 2014 se atendieron 37,274 paciente, que recibieron manejo antiviral del par esta patología, lo cual fue posible a la diagnostico temprano e inicio del tratamiento.²⁸

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El VIH continúa siendo un significativo problema de salud pública mundial, detrás de haber tomado más de 34 millones de vidas hasta el 2014, 1.2 millones de personas fenecieron a causa de VIH en todo el mundo.²⁹ El Síndrome de inmunodeficiencia adquirida es una enfermedad compleja que involucra aspectos clínicos, económicos y sociales, los cuales pueden interferir en la selección de fármacos antirretrovirales y por consecuencia en la respuesta al tratamiento.³⁰ De acuerdo al Projuventud 2014-2018, 7 de cada 10 jóvenes iniciaron actividad sexual a temprana edad y el 55.6% utilizó un método anticonceptivo (condón), en relación a las ITS 9 de cada 10 tenían conocimiento de métodos de prevención.

Además, un análisis más minucioso, reveló que en el caso de quienes viven en zonas urbanas su nivel de conocimiento para prevenir ITS es superior en 10 puntos porcentuales al de jóvenes que viven en comunidades rurales.³⁰

Con los antecedentes antes mencionados, resulta necesario elaborar un instrumento que tenga la validación y confiabilidad, que nos permita detectar el grado de conocimientos que tienen los adolescentes de 10 a 19 años de edad sobre prácticas de riesgo en enfermedades de transmisión sexual: VIH/SIDA. En el cual se refleje verdaderamente su nivel de conocimiento, y que nos permita actuar a través de técnicas y métodos educativos para que esta población sea capaz de identificar los factores de riesgo que tiene y así evitarlos, teniendo como fin principal, mejorar el conocimiento en los adolescentes y prevenir que se adquiriera la enfermedad.

Pregunta de investigación:

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre prácticas de riesgo en enfermedades de transmisión sexual VIH/SIDA y su relación con determinantes familiares en adolescentes de 10 a 19 años de edad del Instituto Mexicano del Seguro Social, San Luis Potosí, San Luis Potosí.?



4. OBJETIVO

4.1 Objetivo general

Determinar nivel de conocimiento sobre prácticas de riesgo en enfermedades de transmisión sexual VIH/SIDA y su relación con determinantes familiares en adolescentes de 10 a 19 años de edad del Instituto Mexicano del Seguro Social, San Luis Potosí, San Luis Potosí.

4.2 Objetivos específicos

Identificar el nivel de conocimiento acerca del virus de la inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Humana en adolescentes usuarios del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, San Luis Potosí.

Identificar la tipología familiar de acuerdo a su estructura, demografía, desarrollo, estrato socioeconómico, así como la cohesión y adaptabilidad familiar en adolescentes usuarios del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, San Luis Potosí.

Identificar el nivel de conocimiento por edad y sexo.



5. HIPOTESIS

Hi

Existe relación entre el nivel de conocimiento sobre prácticas de riesgo en enfermedades de transmisión sexual VIH/SIDA y determinantes familiares en adolescentes de 10 a 19 años de edad del Instituto Mexicano del Seguro Social, San Luis Potosí, San Luis Potosí.

Ho

No existe relación entre el nivel de conocimiento sobre prácticas de riesgo en enfermedades de transmisión sexual VIH/SIDA y determinantes familiares en adolescentes de 10 a 19 años de edad del Instituto Mexicano del Seguro Social, San Luis Potosí, San Luis Potosí.



6. MATERIAL Y MÉTODOS:

6.1.- Tipo de estudio y diseño de estudio:

Observacional, Descriptivo, de tipo Asociación Cruzada Transversal, Prospectivo.

6.2.- Universo de estudio:

Adolescentes usuarios del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, San Luis Potosí.

Unidad de investigación:

Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, San Luis Potosí.

Límite de tiempo:

2 meses

6.3.- Muestra:

Muestreo no probabilístico por conveniencia.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para el cálculo de la muestra se utilizará la fórmula para estimación de proporciones en poblaciones finitas, utilizando un Nivel de Seguridad del 95 %, un nivel de precisión del 5 % y una proporción esperada de nivel de conocimiento de adolescentes del 12.3 % de acuerdo a lo reportado en la literatura.

Se utiliza la fórmula:

$$n = \frac{N Z^2 p q}{}$$

$$d^2 (N-1) + Z_{\alpha}^2 p q$$

Dónde:

- **N**: Población de adolescentes en el HGZ/CMF No. 1 IMSS, SLP = 12 758 niños
- **Z_α**: Valor correspondiente a la distribución de Gauss para un nivel de seguridad del 95 % = 1.96
- **p**: Prevalencia esperada del parámetro a evaluar (12.3 % = 0.123),
- **q**: 1-p = 1 - 0.123 = 0.877
- **d**: Error que se prevé cometer 0.05 (5 % = 0.05)
- **n = 84**

6.4.- Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- Adolescentes usuarios del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, San Luis Potosí. En el periodo de Noviembre a Diciembre 2020, que acepten participar previa lectura, aceptación y firma del consentimiento informado del adolescente y de su padre o tutor. Y carta de asentimiento.
- De 10 a 19 años de edad.
- Cualquier sexo.
- Cualquier escolaridad

Criterios de exclusión:

- Adolescentes usuarios del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, San Luis Potosí, con alguna discapacidad que les impida realizar la encuesta.

Criterios de eliminación:

- Adolescentes usuarios del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, San Luis Potosí., que no respondan completamente las encuestas.
- Adolescentes usuarios del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, San Luis Potosí., que deseen retirarse del estudio.

6.5.- Variables de estudio:

Definición de variables:



Nombre	Tipo	Definición conceptual	Definición operacional	Categorización	Escala	Fuente de información
Nivel de conocimiento	Dependiente	Es el nivel de contenidos mentales que se obtienen mediante experiencias	Sera la capacidad de una persona para acertar lo más posible en las preguntas del instrumento Según el número de aciertos obtenidos en el instrumento	1. Bajo:10-15 2. Medio: 16-20 3. Alto: 22-30	Ordinal	Instrumento de medición
Tipología Familiar	Independiente	Basado en el tipo y número de personas que conforman la unidad familiar de acuerdo a su composición familiar, demografía, ocupación, desarrollo y nivel socioeconómico.	En base a su composición Familiar Nuclear: Ambos padres viven bajo el mismo techo. Extensa: Familia nuclear que va a vivir con la familia de origen de unos de los cónyuges o que nunca salió del seno familiar.	-Nuclear. -Extensa. -Semi-extensa. - Interrumpida - Contraída. - Compuesta. - Reconstruid	Nominal	Hoja de recolección de datos.

			<p>Semiextensa: Familia nuclear con la que viven uno o varios miembros de la familia de origen de uno de los cónyuges. Interrumpida: Familia de un solo padre por motivos de separación o divorcio. Contraída: Familia de un solo padre por motivos de fallecimiento del cónyuge. Reconstruída: Está conformada por una pareja en la que uno de los cónyuges o ambos han tenido una unión previa, con o sin hijos. Compuesta: Cualquier tipo de familia, pero incluyendo a miembros sin nexos consanguíneos.</p>	a		
			<p>En base a su Demografía Rural: habita en el campo y no cuenta con todos los servicios intradomiciliares (agua potable, luz eléctrica, drenaje, etc. Urbana: se encuentra en una población grande (>15000) y cuenta con todos los servicios públicos.</p>	-Urbana -Rural	Nomina l	Hoja de recolección de datos
			<p>En base a su Ocupación: Profesionistas, Empleados, Obreros, Comerciantes, Desempleados.</p>	Profesionistas. -Empleados. -Obreros. Comerciantes.	Nomina l	Hoja de recolección de datos

				- Desempleados		
			En base a su Desarrollo Familiar Moderna: se refiere a la familia en la que la madre trabaja en iguales condiciones que el padre o aquella sin figura paterna donde la madre trabaja para sostener la familia. Tradicional: es aquella en la que el padre es el único proveedor de sustento para la familia y la madre se dedica al hogar y a los hijos. Primitivas: su prototipo es la familia campesina que se sostiene con los productos de la tierra que trabajan.	-Moderna -Tradicional -Primitiva	Nomina I	Hoja de recolección de datos
			En base a su Nivel Socioeconómico Familiar: Según el método de Graffar: Marginal (17-20 puntos), obrera (13-16 puntos), medio bajo (10-12 puntos), medio alto (7-9 puntos), alto (4-6 puntos).	-Alto -Medio alto -Medio bajo -Obrero -Marginal	Nomina I	-Hoja de recolección de datos. -Método de Graffar.
Funcionalidad familiar	Independiente	capacidad que tienen las familias para desplazarse dentro del	Cohesión: grado en que los miembros de la	Cohesión: No relacionada	Nomina I	Hoja de recolección de

		modelo circunflejo, como consecuencia del estrés normativo y no normativo.	familia están conectados o separados a ella. Adaptabilidad: habilidad del sistema marital o familiar para cambiar su estructura de poder, roles y reglas de relación en respuesta a una demanda situacional o de desarrollo.	10-34pts Semirelacionada 35-40pts Relacionada 41-41pts Aglutinada 46-50pts Adaptabilidad: Rígida 10-19pts Estructurada 20-24pts Flexible 25-28pts Caótica 29-50pts		datos
Edad	Control	Número de años vividos	La referida por la persona	El numero reportado por la persona y corroborado con la cartilla de citas.	Cuantitativa	Hoja de recolección de datos
Género	Control	Fenotipo del individuo	El referido por la persona	Masculino Femenino	Cualitativa	Hoja de recolección de datos

6.6.- Procedimientos:

Una vez aceptado el protocolo de investigación por el comité de Ética e Investigación, aprobado por SIRELSIS con número de registro R-2020-2402-068 posteriormente se captó a los adolescentes usuarios en salas de espera donde se les explicó a los padres de los adolescentes y a los adolescentes el proyecto, a los que aceptaron realizarlo se les dio la carta de consentimiento informado, a los padres y adolescentes para ser firmada, posteriormente se aplicó de forma confidencial el instrumento que adopta la modalidad de un cuestionario voluntario y anónimo, destinado a revelar información de diferentes niveles del conocimiento y de actitudes, así como los instrumentos para valorar la cohesión y adhesión familiar, el nivel socioeconómico y la tipología familiar.

Una vez realizadas las encuestas, mediante la hoja de recolección de datos se realizó la clasificación de tipología familiar, la integración, nivel socioeconómico, así como la funcionalidad familiar, además de obtener el nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA mediante el instrumento validado por Pérez Luna y colaboradores, se realizó la parte estadística de la investigación para arrojar los resultados sobre el nivel de conocimiento VIH/SIDA y su relación con las determinantes familiares en adolescentes en San Luis Potosí. S.L.P. se emitieron comentarios y conclusiones correspondientes.

7. ASPECTOS ÉTICOS:

En los estudios en que participen seres humanos es Indispensable:

- Exteriorizar el riesgo de la investigación de acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, y marcar si se efectuará en población vulnerable como menores de edad, embarazadas o grupos subordinados. ⁽³⁴⁾
- Señalar si los procedimientos se adhieren a las normas éticas, al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y a la Declaración de Helsinki y sus enmiendas. ⁽³⁵⁾
- Adjuntar carta de consentimiento informado para los protocolos de investigación, exceptuando, para los que la Comisión de Ética determine (sin riesgo o riesgo mínimo). Si el estudio incluye menores de edad, documentar su aceptación mediante una carta de asentimiento. ⁽³⁴⁾
- Describir las contribuciones y beneficios del estudio para los participantes y la sociedad. ⁽³⁴⁾
- Describir el balance riesgo/beneficio. ⁽³⁴⁾
- Establecer los procedimientos a seguir para garantizar la confidencialidad de la información (en caso de estudios con muestras biológicas destaque la manera de eliminar los datos que identifiquen a los sujetos).
- Puntualizar el proceso para la adquisición del consentimiento informado: fecha y nombre de quien lo solicitará. Si existe alguna dependencia o ascendencia o

subordinación del sujeto al investigador principal, el consentimiento deberá ser obtenido por otro integrante del equipo de investigación.

- Mencionar la manera de seleccionar a los posibles participantes.
- En su caso, indicar como se otorgará a los sujetos los beneficios que puedan identificarse al finalizar el estudio. ⁽³⁴⁾

Para estudios que contienen animales de experimentación, el investigador principal debe hacer manifiesta la forma en que se apegará a las disposiciones institucionales y a las de la Ley General de Salud y la Norma Oficial Mexicana. ⁽³⁴⁾

Se considera un estudio de riesgo mínimo.

8. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD:

8.1 Humanos: Investigadores principales (residentes en medicina familiar) y asesores estadísticos, metodológicos y clínico, adolescentes que se incluyen en el estudio.

Investigador responsable:

Es el encargado de verificar el cumplimiento de cada uno de los procesos inmersos en el presente trabajo de investigación, así como en el registro, seguimiento técnico y conclusión final del proyecto en el SIRELCIS.

- **Médico residente en la especialidad de medicina familiar;** realizará consulta, revisión de citas bibliográficas, diseño de protocolo, aplicación de instrumento de medición, recolección, tabulación de datos y presentación final de resultados.
- **Asesor estadístico:** otorgará asesoría estadística de acuerdo a las variables de estudio.
- **Asesor metodológico:** verificará que el presente trabajo de investigación cumpla con los requisitos mínimos indispensables de tipo metodológico con



base a los lineamientos establecidos por el Instituto Mexicano del Seguro Social en materia de investigación en salud.

- **Asesor clínico:** Encargado de verificar la aplicación de los instrumentos utilizados, además de marco teórico.

8.2 Materiales:

- Computadora (\$ 10 000 pesos)
- Fotocopias (\$300 pesos)
- 1000 hojas blancas tamaño carta (\$150 pesos)
- Bolígrafos de tinta negra (50) (\$350 pesos)
- Carpetas 50 (150 pesos)

9. RESULTADOS

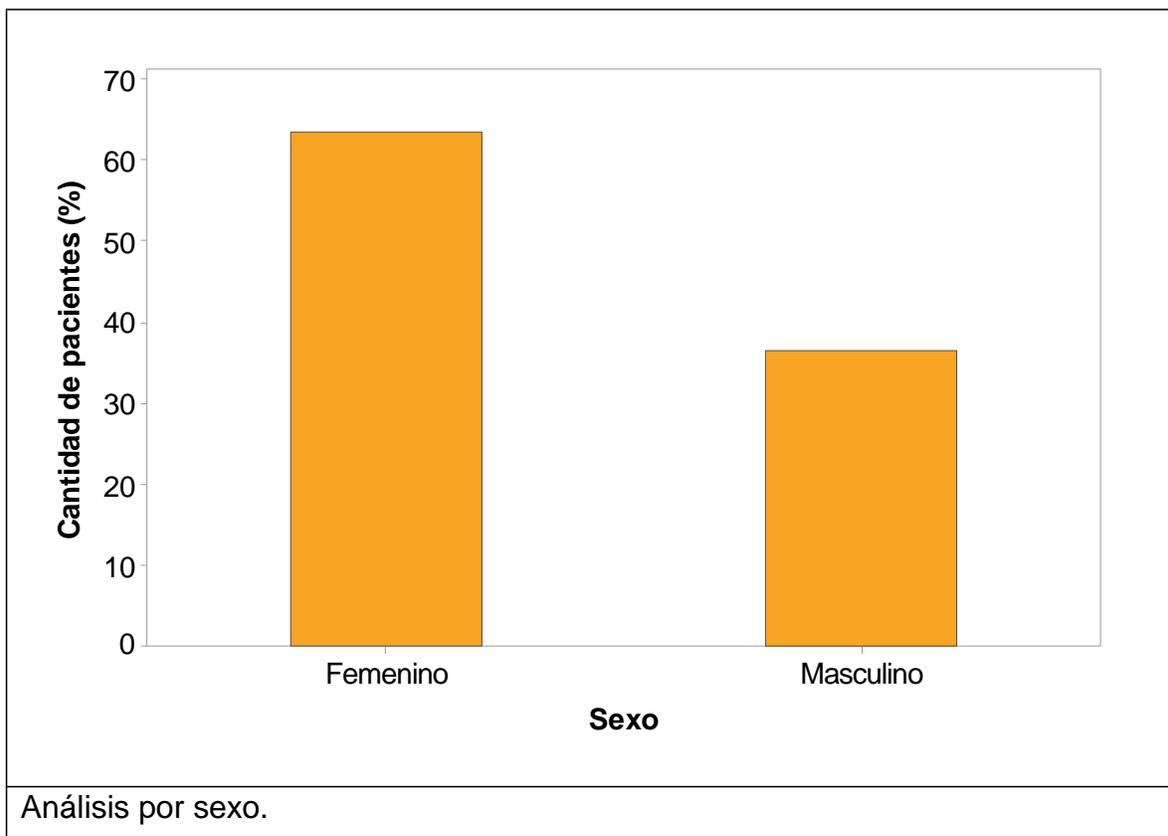
Una vez aprobado el proyecto de investigación por el comité local de investigación y ética con el número de registro R-2020-2402-068 se procedió a aplicar las encuestas a los adolescentes de 10 a 19 años de edad, posteriormente se capturaron los resultados en una base de datos, lo que facilitó realizar el análisis estadístico, para lo cual utilizamos el programa MiniTab18, a través de una descripción detallada de datos, tablas de frecuencias y gráficos bi-variantes.

El procesamiento de los datos se realizó por medio del paquete estadístico Minitab18, en el cual se obtuvo el análisis estadístico descriptivo e inferencial. La estadística descriptiva se utilizó para analizar los datos generales de la población de estudio, así como para las características clínicas y sociodemográficas recabadas. Las variables cualitativas se analizaron por medio de frecuencias y

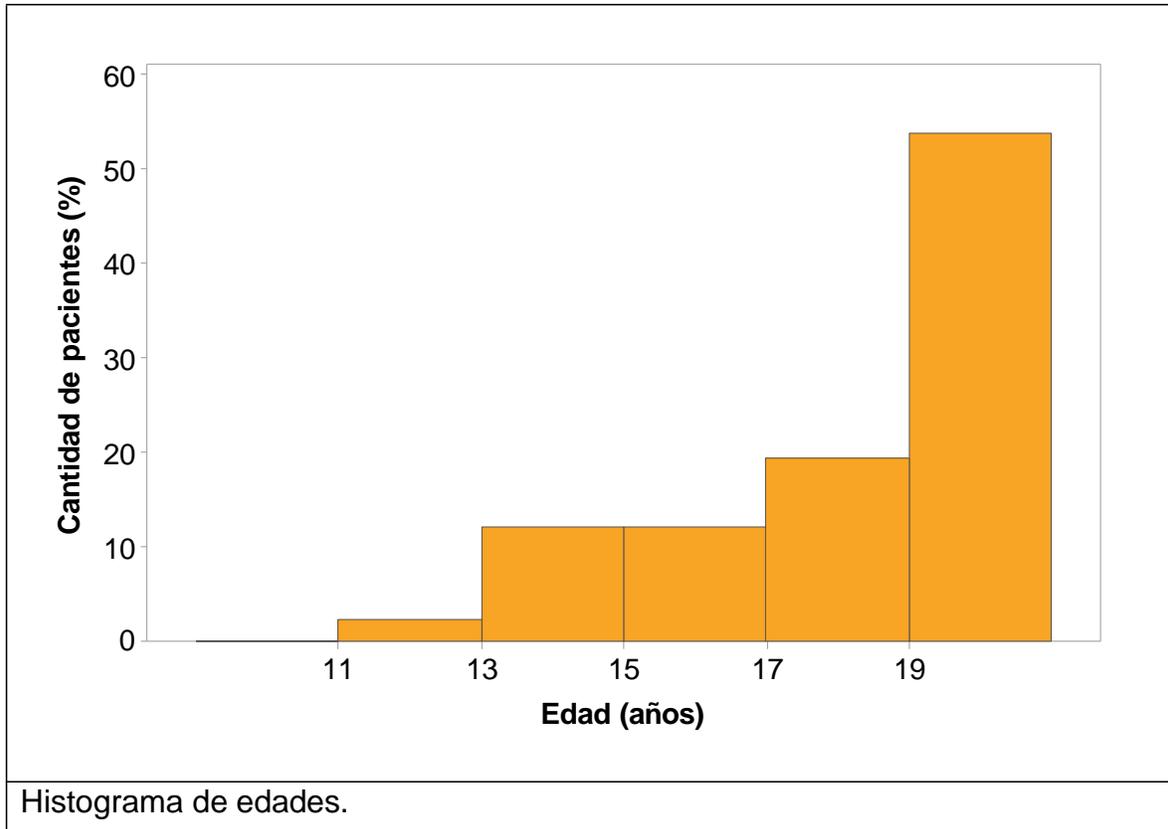
porcentajes; mientras que las variables cuantitativas se analizaron por medio de la media, su desviación estándar o intervalos de confianza al 95%.

El análisis inferencial por medio de ANOVA se utilizó para determinar si existen diferencias significativas entre las medias de los resultados del nivel de conocimientos relacionado con el VIH/SIDA y los determinantes familiares. Además, se determinó la correlación entre el nivel de conocimiento y los determinantes familiares mediante el modelo de regresión lineal múltiple.

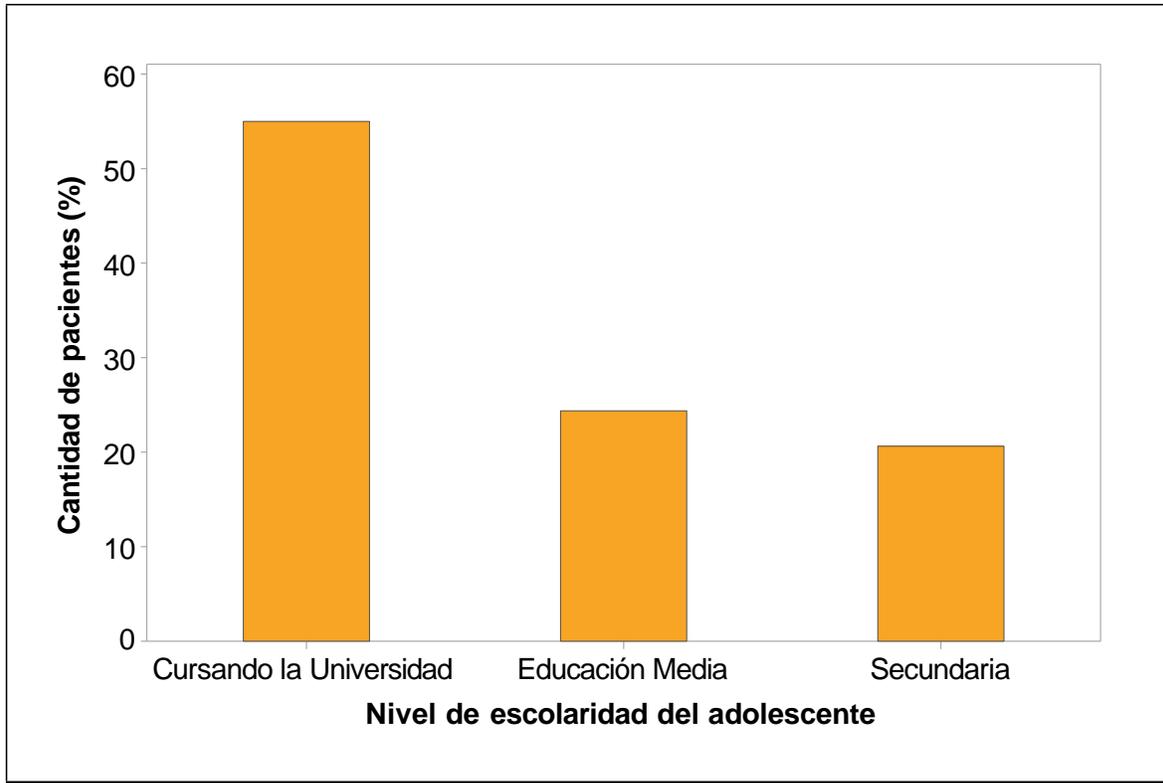
En el presente estudio se obtuvo una muestra, calculada por la fórmula de probabilidad para poblaciones definidas obteniendo un número de 84 encuestas de las cuales 51 fueron mujeres considerándose un 63.1% y 31 hombres el cual nos da un porcentaje de 36.9% de la muestra obtenida.



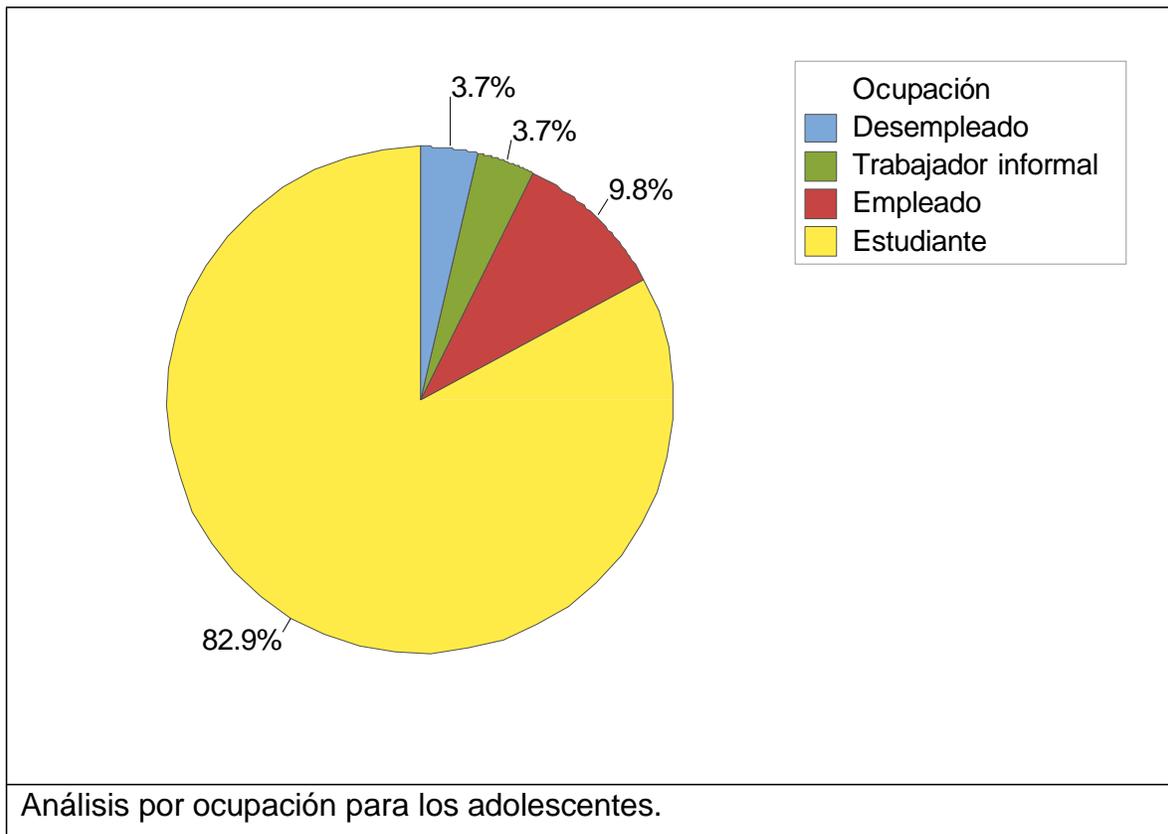
La proporción a la edad de los sujetos en estudio oscila entre los 10 y 19 años, siendo la edad más frecuente de 19 años con un porcentaje del 53.6% y los de la edad de 10 años los menos frecuentes no teniendo en nuestra muestra adolescente de esa edad. La edad tiene una media \pm desviación estándar (DE) de 17.4 ± 2.2 años. Como se muestra en la siguiente gráfica.



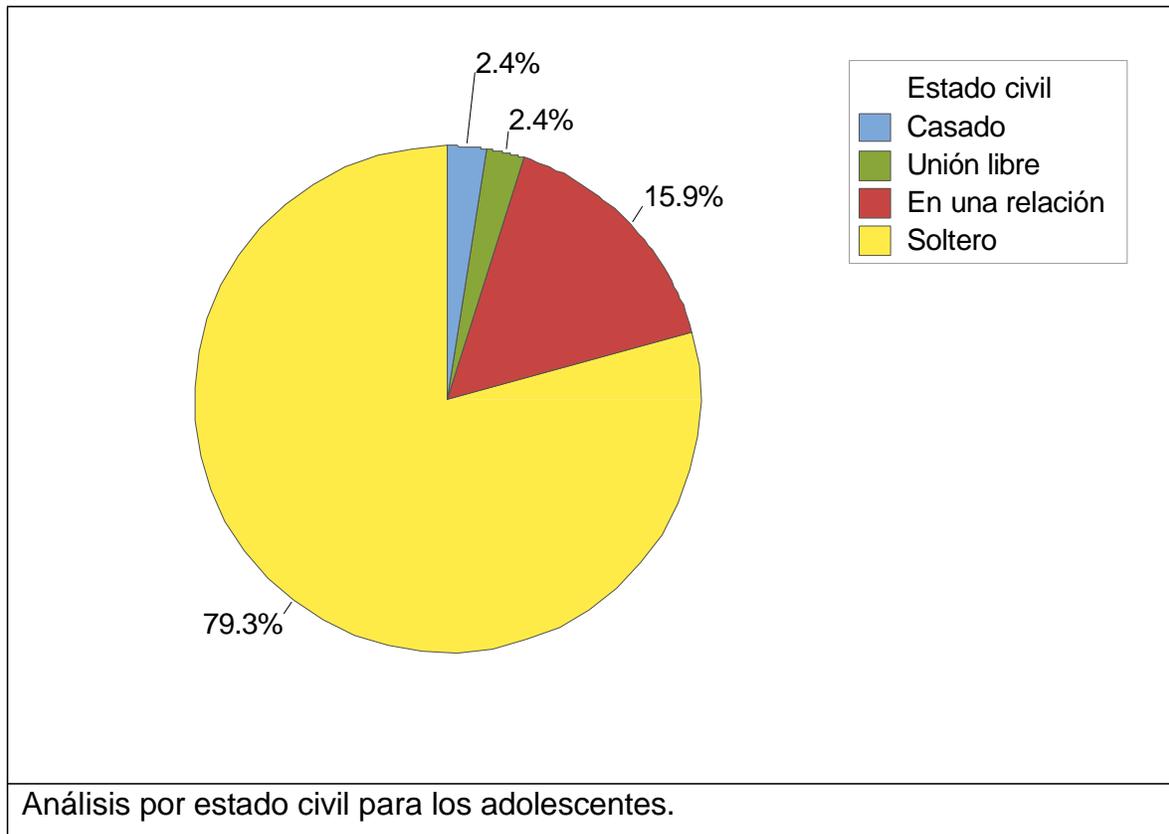
En la siguiente gráfica presentamos los resultados para el nivel de estudios de los adolescentes en la población estudiada. El análisis indicó que los adolescentes con nivel de escolaridad universitario representan 46 adolescentes el cual representa el 54.9%, de educación media contamos con 21 sujetos equivalente al 24.4% de la muestra y de secundaria 17 obteniendo un 20.7%, respectivamente.



La presente gráfica representa los resultados del tipo de ocupación de los adolescentes. El análisis indicó que los adolescentes con ocupación de estudiante representan el mayor porcentaje con 82.9% equivalente a 69 sujetos de muestra, el empleado fue de 9 sujetos con un porcentaje del 9.8%, el trabajador informal y el desempleo con 3.7% de la población respectivamente equivalente a 3 adolescentes de la muestra.



La siguiente gráfica presenta los resultados para el estado civil de los adolescentes. La gráfica muestra que los adolescentes con un estado civil de soltero(a), casado(a), en una relación y en unión libre representan el 79.3% (67), 2.4% (2), 15.9% (13) y 2.4% (2), respectivamente.



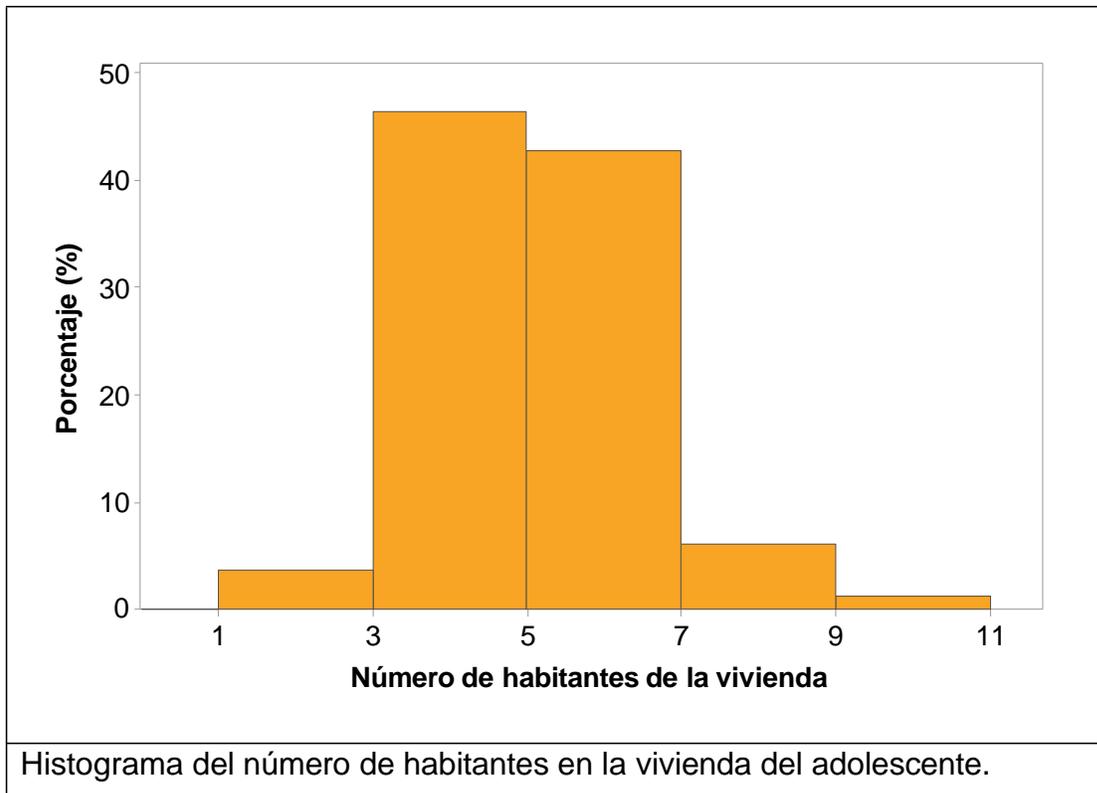
En el siguiente cuadro representamos los resultados que los adolescentes con respecto a los servicios de salud y de vivienda con el que cuentan. El análisis indica que el 64.6% de los adolescentes cuenta con servicio médico. Así mismo se puede observar que los tipos de servicios médicos utilizados entre los pacientes son el IMSS, ISSSTE u otro, los cuales representan respectivamente el 48.8%, 4.9% y 11.0% de la población.

Con respecto de los servicios de vivienda, el 74.4% de los adolescentes cuenta con todos los servicios (agua corriente, luz, drenaje y pavimento).

Cuadro 1x. Servicios de salud y de vivienda con los que cuentan los adolescentes.

Servicio	¿Cuenta con el servicio?		¿Con qué tipo de servicio(s) cuenta?	
	Médico	Si	64.6%	IMSS
	No	35.4%	ISSSTE	4.9
			Otro	11.0%
			Ninguno	35.4%
Vivienda			Agua, luz, drenaje, pavimento	74.4%
			Falta al menos uno (agua, luz, drenaje o pavimento)	25.6%

En la siguiente gráfica presenta el histograma con el número de personas que habitan la vivienda del adolescente, La media \pm DE de las personas que habitan la vivienda fue de 4.6 ± 1.3 sujetos.



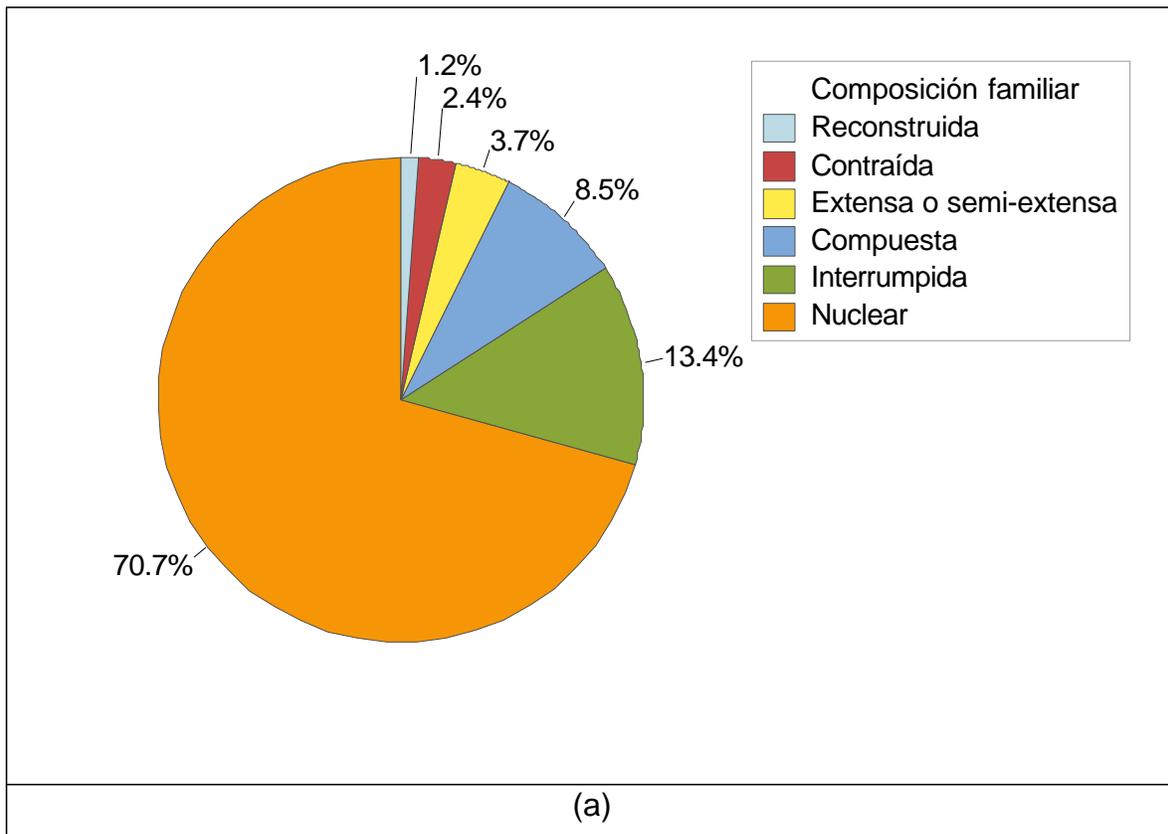
Mientras que el presente cuadro muestra el parentesco de las personas que habitan la vivienda con respecto del adolescente. Los adolescentes que viven solo con su padre-madre, padre-madre-hermanos, sin la madre o el padre, con conocidos sin parentesco consanguíneo u otros, representan el 3.7%, 59.8%, 11.0%, 3.7% y 21.8%, respectivamente.

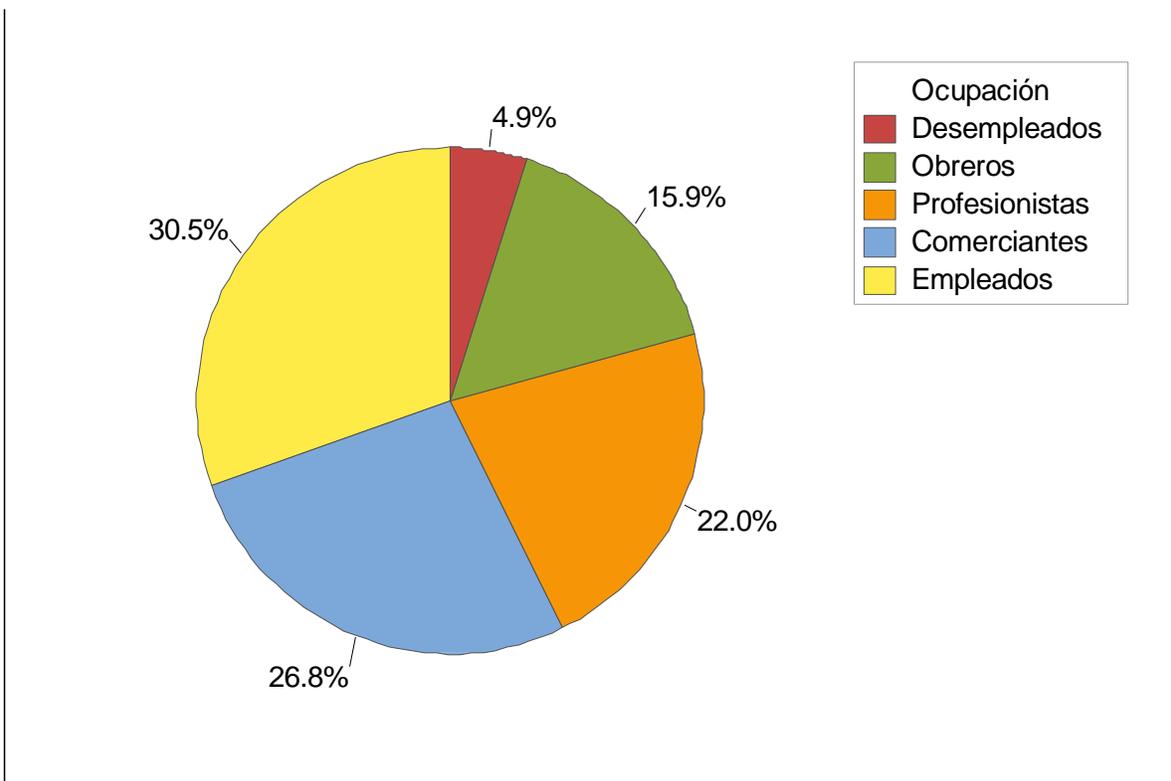
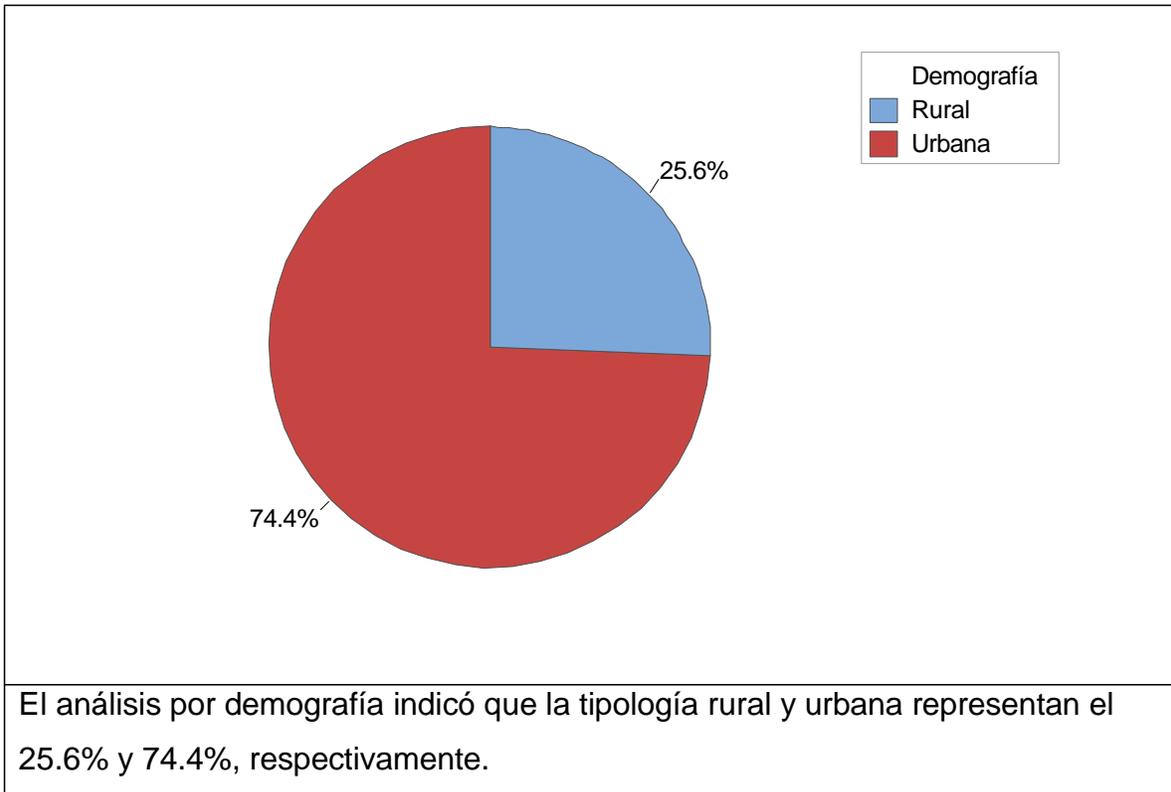
Parentesco de las personas que viven con el adolescente en la vivienda.

Parentesco de las personas	Cantidad (%)
Padre y madre	3.7
Padre, madre y hermanos	59.8
Falta el padre o la madre	11.0
Conocidos sin parentesco consanguíneo	3.7
Otros (abuelos, primos, cuñados, etc.)	21.8

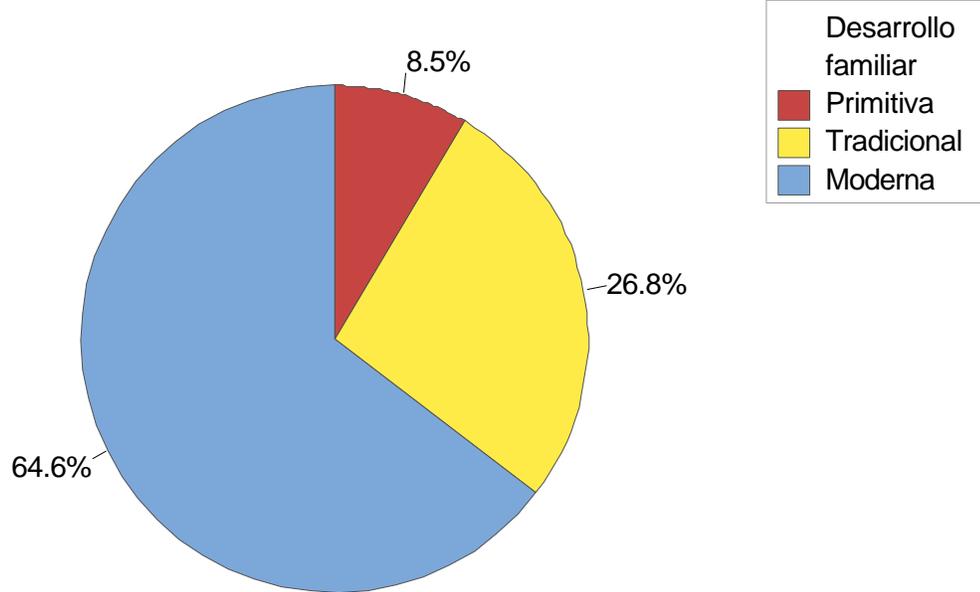
A continuación, en base a los datos obtenidos para la población de estudio, las siguientes gráficas representan los resultados para la tipología familiar con base en (a) la composición familiar, (b) la demografía, (c) la ocupación y (d) el desarrollo familiar.

El análisis por composición familiar reveló que la tipología nuclear representa el 70.7% de la muestra, la extensa o semi-extensa un 3.7%, la interrumpida 13.4%, la contraída 2.4%, la reconstruida 1.2% y la compuesta 8.5%.



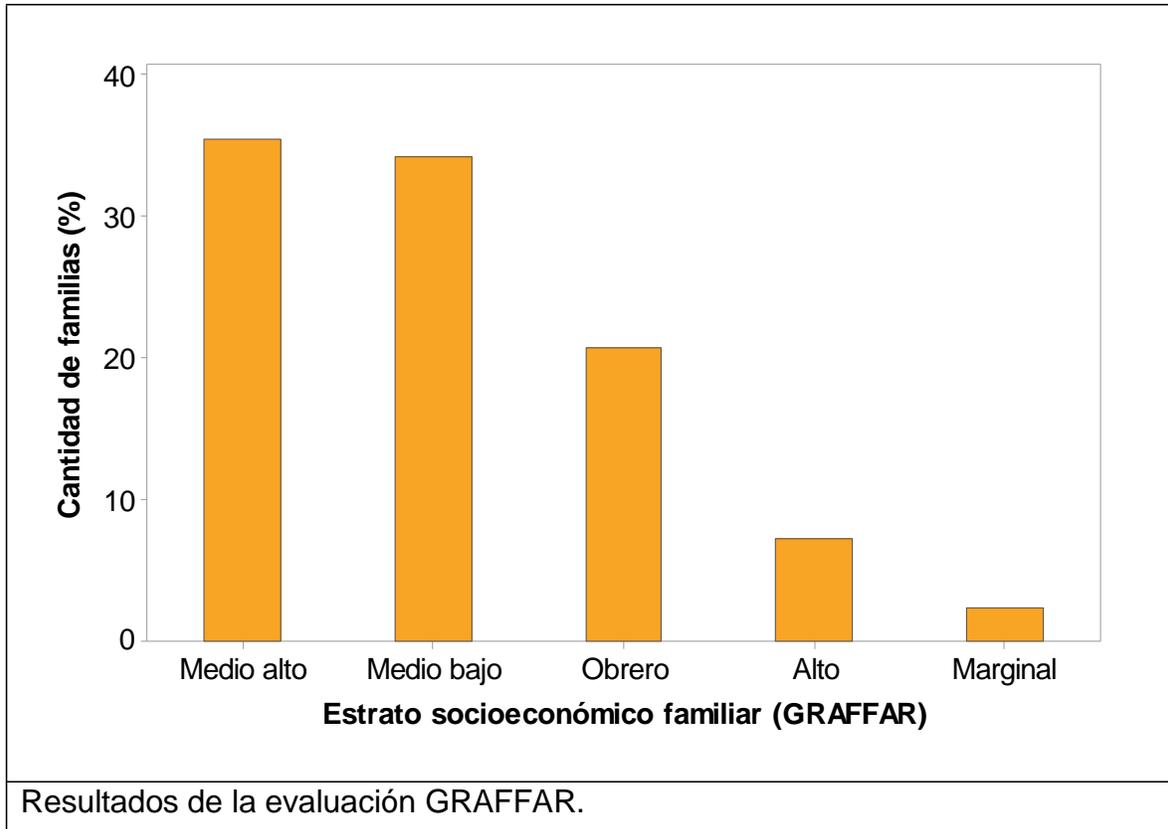


El análisis por ocupación mostró que la tipología de profesionistas, empleados, obreros, comerciantes y desempleados, representan el 22.0%, 30.5%, 15.9%, 26.8% y 4.9%, respectivamente.

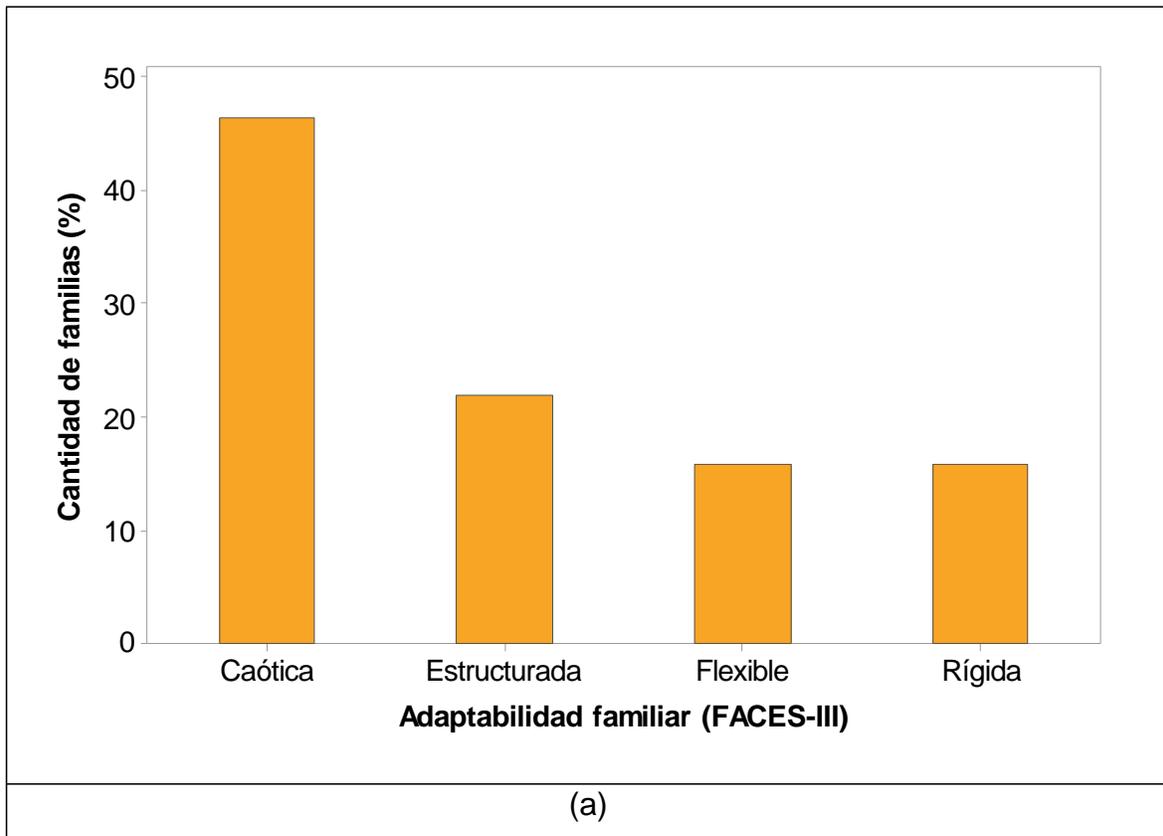


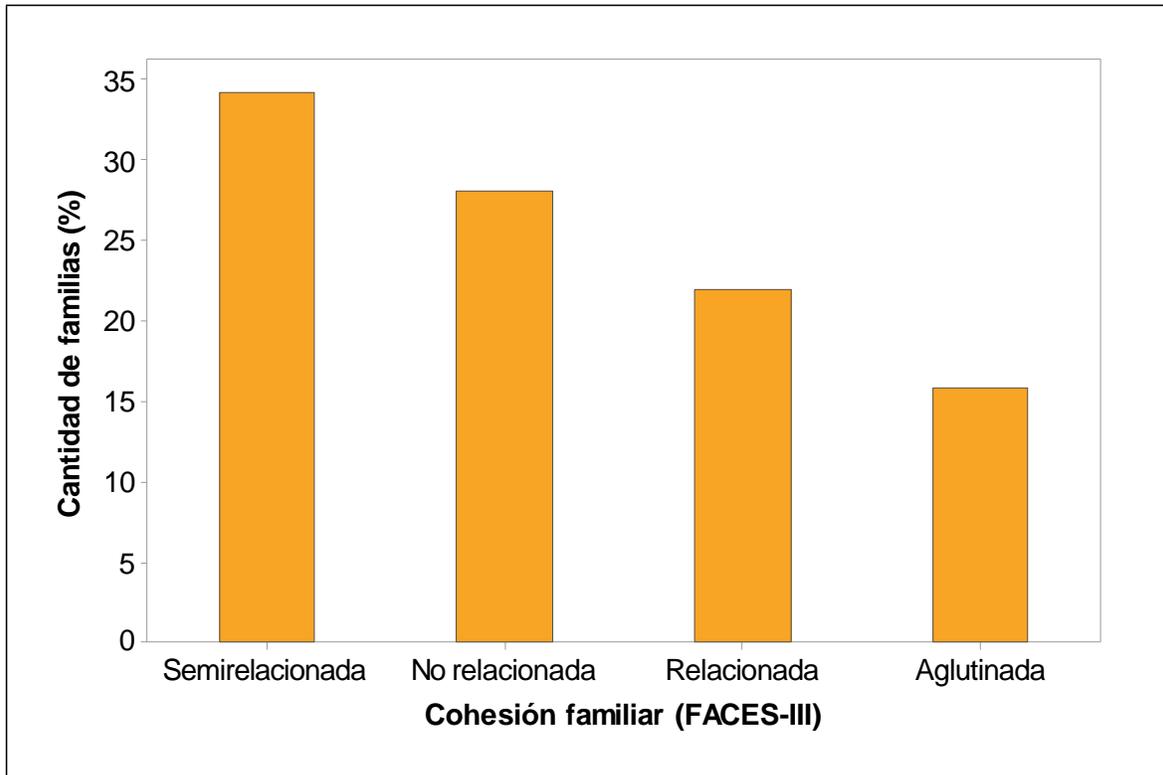
Finalmente, el análisis por desarrollo familiar indicó que la tipología de moderna, tradicional y primitiva, representan respectivamente el 64.6% 26.8% y 8.5% de la población.

Por otra parte, con base en la evaluación GRAFFAR, muestra los resultados de estratificación socioeconómica familiar de la población de estudio. La gráfica indica que las familias con un estrato de tipo alto, medio alto, medio bajo, obrero y marginal, representan el 7.3%, 35.4%, 34.1%, 20.7% y 2.4% respectivamente. Siendo la más representativa la de estatus medio alto.



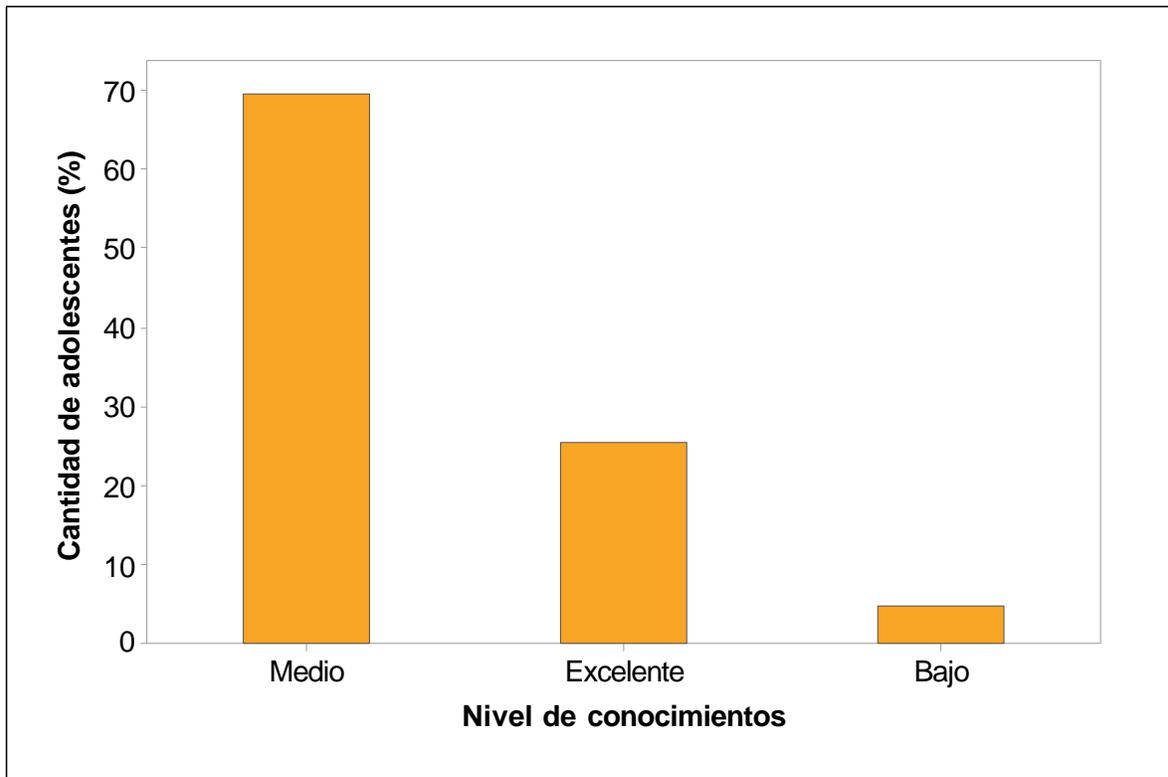
Con base en las evaluaciones FACES-III, en las gráficas representamos los resultados para la adaptabilidad y la cohesión familiar, respectivamente. El análisis para la adaptabilidad familiar indica que la tipología rígida, la estructurada, la flexible y la caótica, representan el 15.9%, 22.0%, 15.9% y 46.3%, respectivamente.





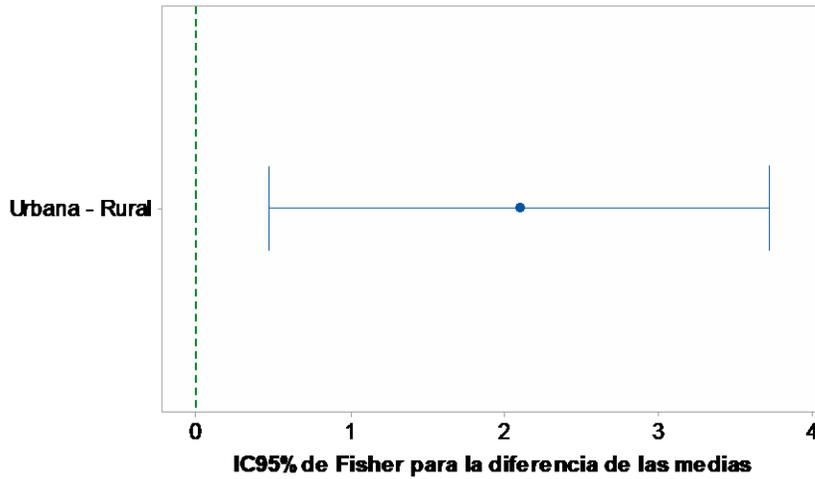
Asimismo, el análisis para la cohesión familiar muestra que la tipología no relacionada, la semi-relacionada, la relacionada y la aglutinada, representan el 28.0%, 34.1%, 22.0% y 15.9% de la población de estudio, respectivamente.

Finalmente, con base en la evaluación del nivel conocimientos relacionados con el VIH/SIDA, la Gráfica 10x muestra los resultados para los adolescentes. El análisis muestra que los adolescentes que obtuvieron un nivel de conocimientos bajo, medio y excelente, representan el 4.9%, 69.5% y 25.6%, respectivamente.

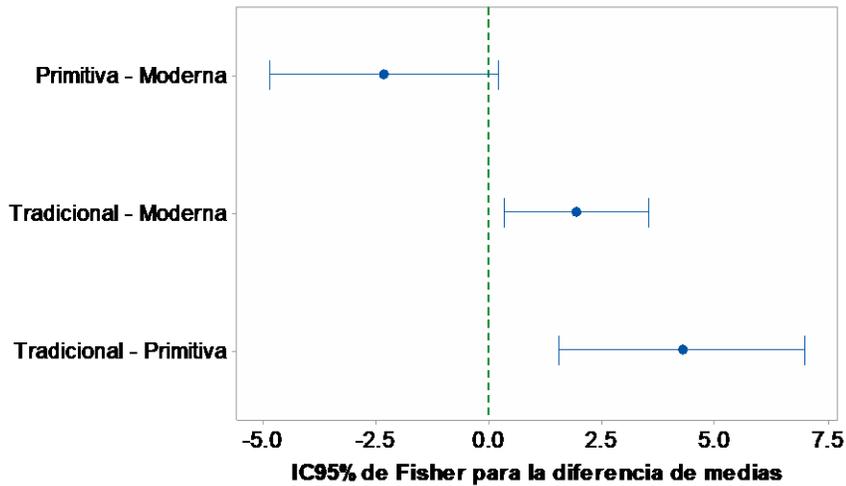


Gráfica 10x. Resultados de la evaluación de la CVRS para la vitalidad, la función social, el rol emocional y la salud mental.

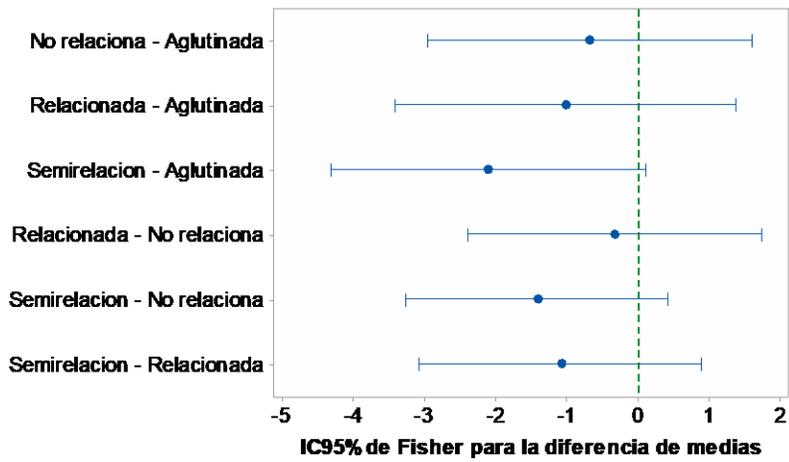
Las siguientes gráficas presentan los intervalos de confianza del 95% de Fisher para las diferencias de las medias del nivel de conocimiento en función de los determinantes familiares por: (a) demografía, (b) desarrollo familiar, (c) cohesión y (d) adaptabilidad familiar, las cuales confirman los resultados del ANOVA.



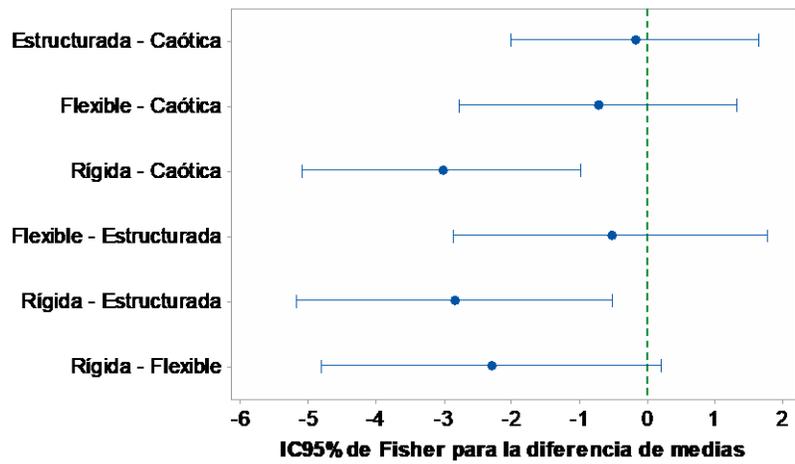
a) demografía



b) desarrollo familiar



c) cohesión



d) adaptabilidad

10. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Es posible realizar un análisis correlacional multivariado por medio del método de regresión lineal múltiple ya que contamos con diversas variables y sería poco conveniente utilizar un método lineal. Y utilizando la prueba ANOVA encontramos la significancia del valor p indicando que existe diferencia entre los grupos de variable a evaluar. Los determinantes familiares se utilizaron para determinar el modelo para estimar la respuesta del nivel de conocimiento de los adolescentes en relación con el VIH/SIDA y las asociaciones entre ambas variables. Los resultados del análisis de varianza para el modelo de regresión múltiple se resumen en el siguiente cuadro.

El coeficiente de determinación R^2 de la regresión múltiple fue de 37.3%, lo cual implica un valor del coeficiente de correlación de Pearson de $r = 0.611$ para una $p = 0.007$. Este valor de r nos indica una asociación entre el nivel de conocimientos y los determinantes familiares medianamente significativa con un nivel de significancia de 0.05, lo cual corrobora la evidencia de la posible asociación entre ambas variables previamente observada en el ANOVA.

Variable de los determinantes familiares	Categorías	Media del nivel de conocimientos (%)	Desviación estándar (%)	Valor F	P
Composición familiar	Compuesta	22.9	2.2	0.70	0.626
	Contraída	26.0	1.4		
	Extensa/semi-extensa	23.3	1.5		
	Interrumpida	23.2	2.8		
	Nuclear	22.7	3.6		
	Reconstruida	27.0	3.4		
Demografía	Rural	21.4	3.5	6.60	0.012

	Urbana	23.5	3.1		
Ocupación	Comerciantes	21.9	3.7	2.30	0.066
	Desempleados	25.5	1.3		
	Empleados	22.9	3.3		
	Obreros	22.0	3.7		
	Profesionistas	24.3	2.3		
Desarrollo familiar	Moderna	22.6	3.2	5.59	0.005
	Primitiva	20.3	3.6		
	Tradicional	24.5	2.8		
Estrato socioeconómico familiar (GRAFFAR)	Alto	23.7	4.1	0.30	0.875
	Marginal	23.5	3.5		
	Medio alto	23.2	2.5		
	Medio bajo	22.8	3.9		
	Obrero	22.3	3.6		
Cohesión familiar (FACES-III)	Aglutinada	24.1	2.6	1.46	0.227
	No relacionada	23.4	3.5		
	Relacionada	23.1	2.5		
	Semi-relacionada	22.0	3.8		
Adaptabilidad familiar (FACES-III)	Caótica	23.6	3.1	3.05	0.034
	Estructurada	23.4	3.5		
	Flexible	22.8	2.8		
	Rígida	20.5	3.5		

Al utilizar un nivel de significancia de $\alpha = 0.05$, se observa que solamente las medias del nivel de conocimiento para los determinantes por demografía con una $p = 0.012$, el desarrollo familiar con una $p = 0.005$ y de adaptabilidad familiar con una $p = 0.034$, difieren significativamente de las otras variables observando que estas determinantes familiares se asocian a un mejor conocimiento sobre prácticas de riesgo y VIH/SIDA en adolescentes de 10 a 19 años.

11. DISCUSIÓN

Caballero y Villaseñor en México, en 2003 formularon un estudio sobre los Conocimientos acerca VIH/SIDA en adolescentes de ciudad: consenso cultural de dudas e incertidumbres, en el cual el objetivo era describir el conocimiento acerca de VIH/SIDA en adolescentes de distintos estratos monetarios, mediante un análisis de consenso cultural. Se aplicó un cuestionario que está conformado por 24 preguntas de conocimiento sobre VIH/SIDA adoptadas de un cuestionario sobre conocimientos, actitudes y prácticas del programa Global de SIDA de la OMS, fue aplicado a 758 adolescentes de Guadalajara Jalisco, México, entre Julio 1995 y Marzo 1996. Los resultados reportaron que el 50% fueron hombres y el 50% fueron mujeres, comparando nuestro resultado el cual el 63.1% fueron mujeres mientras que el 36.9 fueron hombres, 20.5% fueron de 15 años en comparación con nuestro estudio el cual fue un resultado 3.6%, 20.1% de 16 años mientras en nuestro estudio un 8.3%, 19.9% de 17 comparado con 9.5% de nuestra muestra, 20.3% de 18 contra un 10.7% de nuestro estudio y 19.2% de 19 contra un 56.6% de la muestra obtenida (edad promedio=17.1+1.5, mientras que nuestra muestra obtuvimos (edad promedio=17.4+/-2.2). Según el estrato socioeconómico 20.8% fueron del estrato alto comparando nuestro estatus, mientras en nuestro estudio la mayor prevalencia se encuentra en el estrato medio alto. Según ocupación 38.6% estudiaban, mientras en nuestra era un 82.1%, 28.9% trabajaban comparándolo contra un 14.3% de nuestra población, 12.4% no trabajaban ni estudiaban nosotros encontramos un 3.6. Según el nivel de instrucción, 47.7% estaban en preparatoria versus un 25% encontrado en nuestra muestra, 39.9% en secundaria y escuelas técnicas obteniendo un 20.2%, 11.2% en primaria mientras que nosotros no contamos con ninguno, 11.2% en universidad contra un 54.8% de nuestra población.⁸

Carmen Elena Díaz Montes, en Cartagena Colombia 2011, ejecutó un estudio acerca de “Conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes de una universidad”, estableciendo el nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes de pregrado en modalidad presencial de una universidad en Cartagena de Indias 2011.

Realizó un estudio descriptivo. Con una Población de 8706 estudiantes. Con una muestra 919 estudiantes. La información fue recogida a través de “escala ECOVIH”, se estima de 0 a 10 puntos, a mayor puntaje existe un mayor conocimiento, y una encuesta que valoró las características sociodemográficas. Encontró que la edad promedio fue 18,4 años comparando la de nuestra población de un 17.4+/-2.2, las edades fluctuaron entre 15 y 19 años mientras en nuestro estudio abarco una población entre 11 y 9 años; el 50,7% eran mujeres y el 49,3% hombres y en nuestra muestra fue el 63.1% fueron mujeres y un 36.9% fueron hombres. El 70% de los encuestados tenían “conocimientos regulares”, “conocimientos deficientes” el 19,8% y solo el 11,4% “buen nivel de conocimientos”, comparando con nuestra encuesta la cual encontramos un nivel de “conocimientos bajos” un 4.9%, un “conocimiento medio” de 69.5% y un 25.6% de conocimiento “excelente”. Este estudio definió que los adolescentes mostraban un nivel regular de conocimientos sobre VIH/SIDA, mientras que en nuestro estudio prevaleció un nivel de conocimiento medio. Este estudio llego a la conclusión que las mujeres tienen mejores conocimientos que los hombres, ubicándolas en un nivel regular y los hombres en nivel deficiente, mientras nosotros no logramos valorar eso por el porcentaje mayor de mujeres en la muestra de estudio.⁵

La Dra. Nelsa María Sagaro del Campo y colaboradores, en Santiago de Cuba, Cuba 2012, realizó un estudio acerca del “Conocimiento del VIH/SIDA en adolescentes de distintos niveles de enseñanza”. Realizando un estudio descriptivo y transversal de adolescentes del municipio Santiago de Cuba, con edades entre 16 y 20 años, diferente a nuestra muestra que abarca de los 11 a los 19 años en el que concluyó que no existieron diferencias significativas en los conocimientos sobre el tema en relación con el tipo y nivel de enseñanza de donde provenían.⁹ Mientras que en nuestro estudio el nivel de conocimientos se comparaba de acuerdo a sus determinantes familiares por lo que no logramos hacer una comparación con este estudio en particular.

Yesica Mazo-Vélez en Medellín, Colombia 2013, realizó un estudio titulado “Conocimientos, actitudes y prácticas en adolescentes universitarios entre 15 y 20 años sobre VIH/SIDA”. En éste se analizaron los conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH/SIDA en adolescentes universitarios de Medellín según aspectos sociodemográficos.

Apreciándose que los conocimientos fueron regulares en el 14%, las actitudes en el 8% y las prácticas en el 41%; no se encontró correspondencia significativa con el número de personas en el hogar, ni la edad y escolaridad de los padres. Así como tampoco nosotros encontramos relación entre los conocimientos de acuerdo a la edad, escolaridad de los padres, el número de personas que viven en el hogar. Los puntajes de Actitudes y Prácticas presentaron una correlación estadísticamente significativa con la edad y el semestre del estudiante, mientras que nosotros no evaluamos actitudes y prácticas. Los estudiantes de mayor edad y semestres más avanzados presentaron puntajes más altos en las actitudes y más bajos en las prácticas.³

En este estudio podemos observar que una de las determinantes familiares que más se asocia a un mejor conocimiento sobre prácticas de riesgo lo encontramos en una adaptabilidad en familias rígidas en donde el liderazgo es autoritario, donde existe un gran control por parte de los padres, con disciplina estricta y su aplicación es severa, , encontrando roles mejor definidos lo cual conllevaría a adolescentes más estudiosos al contrario de lo que describen varios estudios en los que se menciona que las familias flexibles donde hay un liderazgo igualitario donde tal vez los adolescentes pueden compartir roles y funciones siendo los padres más permisivos incluyendo los estudios. Por lo tanto, los adolescentes que provienen de una familia rígida podrían tener mejor conocimiento sobre diversos temas, incluyendo prácticas de riesgo ya las familias rígidas tienen un mejor control sobre los conocimientos que tienen sus adolescentes y en la prevención de dichas prácticas.

12. CONCLUSIONES

Con lo expuesto anteriormente en nuestro estudio se pudo observar:

- En cuanto al nivel socioeconómico el estrato medio alto fue el más observado en las familias, mientras más alto es el nivel socioeconómico será mayor el nivel de conocimientos en los adolescentes siendo esta una diferencia significativa.
- En cuanto a la demografía se observó que los adolescentes provenientes de zonas urbanas presentan mayor conocimiento siendo esta una diferencia significativa sobre otras determinantes familiares.
- Encontramos de que dentro de la función familiar la diferencia significativa la encontramos en la adaptabilidad, la cual fue más significativa en familiar rígidas, ya que en esta los padres presentan un mayor control sobre el adolescente influyendo en la adquisición de conocimientos que son útiles en su práctica diaria, mientras que no se encontró diferencia significativa en la cohesión no importando si esta familia se encuentra relacionada o no con el nivel de conocimiento de los jóvenes.
- Se observó que en el desarrollo familiar que también presenta una diferencia significativa por encima de otras determinantes familiares, la familia tradicional presenta un mayor conocimiento sobre prácticas de riego, con diferencia a la moderna o arcaica, pudiendo justificar que la presencia de la madre en el hogar podría ser determinante para la adquisición de conocimientos por parte del adolescente.

12.1 Limitaciones

Una de las principales limitaciones que encontramos en este estudio de investigación fue la falta de cooperación por parte de los adolescentes, ya que no acudían a instituciones educativas y eran pocos los que acudían a hospitales o unidades de medicina familiar, ya que durante este estudio atravesamos durante un evento crítico a nivel mundial el cual fue la pandemia por Covid-19, Aunado a esto una de nuestras investigadoras presentó un caso grave de esta enfermedad, por lo que se tuvo que poner un tiempo en pausa para la recuperación de esa persona.

13. SUGERENCIAS

- Las instituciones públicas deben tener una mayor preocupación por la educación de los adolescentes, para la prevención de enfermedades de transmisión sexual incluyendo VIH/SIDA, lo cual puede ayudar a reducir el costo de atención y mejorar la calidad de vida de los adolescentes a largo plazo.
- Se podría aplicar el cuestionario de conocimiento sobre conductas de riesgo en enfermedades de transmisión sexual VIH/SIDA en la consulta de primer nivel para evaluar el conocimiento que tienen los adolescentes de las mismas y a partir de ello implementar una estrategia educativa.
- Ya aplicado el cuestionario es posible también derivar al adolescente a trabajo social o psicología para ayudarlo a entender el riesgo que corre al realizar prácticas de riesgo y como eso puede afectar su vida a largo plazo.

14. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Gaete V., adolescent psychosocial development, Rev. Chil. Pediatr. Vol 86 no. 6, Santiago dic 2015
2. Ceñal G.F., Hidalgo V.M.I., Pubertad y adolescencia.
3. Mazo V. Y., Conocimientos, actitudes y prácticas en adolescentes universitarios entre 15 y 20 años sobre VIH/SIDA en Medellín, Colombia 2013.
4. Álvarez C. J., Müller A. A., Vergara J. V., Conducta Sexual y Nivel de Conocimiento Sobre Infecciones de Transmisión Sexual en Adolescentes. 2015.
5. Díaz M. C. E., Cantillo U. L., García V. K., Conocimientos Sobre VIH/SIDA en Adolescentes de una Universidad en Cartagena-Colombia 2014.
6. Rosental M. y Ludin P., Diccionario Filosófico., Ediciones Pueblos Unidos. P.55-87.
7. Viniegra V.L., Jiménez J.L., Pérez P.J.R., El desafío de la evaluación de la competencia clínica. Rev.Invest.Clin. 1991; 43:87-98.
8. Caballero H. R., Villaseñor S. A., Conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes urbanos: consenso cultural de dudas e incertidumbres. SALUD Pública Mex 2003:45 supl I:S 08 – S 114.
9. Sagaró del Campo N.M., Gómez Dorado M., Moraga Rodríguez A., García Mederos Y. Conocimiento acerca del VIH/SIDA en adolescentes de distintos niveles de enseñanza. MEDISAN 2014; 18(8):1138
10. Doherty, WJ, Campbell, Thomas L. Thousand O. Families and health. Family studies text series, Vol. 10., CA, US: Sage Publications, Inc Families and health. (1988). 159 pp.
11. Medalie JH. Medicina Familiar Principios y Prácticas. 1a ed. México: Limusa Editores; 1987.
12. Mcwhinney IR. Medicina de Familia. Principios de la medicina de familia. Capítulo 2. Barcelona: Mosby-Doyma Editores; 1995.
13. Kuhlthán K, Bloom S, Van Cleave J. Knapp A, Romm D, Klatka T, et al. Evidence for Family-Centered Care for Children whit special health care needs: a systematic review. Acad Pediatr. 2011;(2): 136-43



14. Alba I. Familia y Práctica Médica. Univ. Méd. Bogotá (Colombia), 53 (2): 166-185, 2012
15. Taylor RB. Medicina de familia. Principios y práctica. Sexta edición. Editorial Masson 2006. Páginas 3-4.
16. <http://etimologias.dechile.net/?familia>.
17. Vera LA. Características de familias de adolescentes desertores escolares matriculados en capacitación laboral. MedULA, Revista de Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes. Vol. 21. N° 1. 2012. Mérida. Venezuela.
18. Membrillo A, Fernández MA, Quiroz JR, Rodríguez JL. Familia. Introducción al estudio de sus elementos. Editores de Textos Mexicanos. Primera edición 2008. México DF. Página 9- 49
19. Vera OE, Vera FM. Evaluación del nivel socioeconómico: presentación de una escala adaptada en una población de Lambayeque. Revista del Cuerpo Médico del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, Chiclayo - Perú. 6(1) 2013.
20. Herramientas utilizadas en un estudio de salud familiar. Página 21
21. Conceptos básicos para el estudio de las familias. Archivos de Medicina Familiar. Volumen 7. Suplemento 1. 2005. pp 15-19.
22. Jaramillo S, Espinosa IA, Espíndola IA. Disminución de peso y funcionalidad familiar en sujetos con obesidad o sobrepeso. Rev Inst Mex Seguro Soc 2012; 50 (5): 487-492
23. Vásquez E. Sánchez E. Navarro M, Romero E, Pérez L, y cols. Instrumento de medición de la dinámica de la familia nuclear mexicana: un enfoque cuantitativo. Bol Med Hosp Infant Mex 2003; 60(1): 33-52
24. [https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/hiv/es /](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/hiv/es/)
25. González V. B.; Núñez A. E., Couturejuzon G. L., Amable A. Z., Conocimientos y comportamientos sobre el VIH/SIDA en adolescentes de enseñanza media superior. Rev. Cubana Salud Pública v.34 n.2 Ciudad de La Habana abr.-jun. 2008. P 1-8.
26. Espada J.P., Guillén R. A., Morales A., Orgilés M., Sierra J.C., Validación de una escala de conocimiento sobre el VIH y otras infecciones de transmisión sexual en población adolescente. 2014 Elsevier España.pp 558-564.



27. Villaseñor S. A., Caballero H. R., Hidalgo S. M. A., Santos P. J. I., Conocimiento objetivo y subjetivo sobre el VIH/SIDA como predictor del uso del condón en adolescentes. *Salud Pública Mex* 2003; 45 supl I: S 73 – S80.
28. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=223&Itemid=40242&lang=es
29. Dirección General de Epidemiología en México. Registro Nacional de Casos de VIH/SIDA 2018.
30. Instituto Nacional de la Juventud. Salud Sexual Y Reproductiva actualización 2018.
31. Ramos Torres JS., Becerra López DM, Magaña Aquino M., Andrade Bautista J.G, Hernández Rodríguez HG. Nivel de conocimiento en adolescentes del instituto mexicano del seguro social de 15 a 19 años sobre prácticas de riesgo en enfermedad de transmisión sexual: VIH/SIDA y su relación con la tipología familiar. 2019
32. Pérez Luna DO., Becerra López DM, Magaña Aquino M., Hernández Rodríguez HG. Construcción y validación de un instrumento para evaluar el nivel de conocimiento en adolescentes de 10 a 19 años sobre prácticas de riesgo en enfermedad de transmisión sexual: VIH/SIDA. 2020
33. Ramírez Castillo CC., Gamed Zavala Cruz G., Rodríguez Pérez CV, Leiva Gómez FN., Rodríguez Gómez D., Determinantes familiares asociados al control o descontrol del paciente diabético tipo 2 de la unidad de medicina familiar no 47 del Instituto Mexicano Del Seguro Social, San Luis Potosí. 2017
34. REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.
35. <http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/helsinki.pdf>

